

第8期  
登別市高齢者保健福祉計画  
及び  
介護保険事業計画

2021年度（令和3年度）～  
2023年度（令和5年度）

「輝いて、生涯現役」

のびやかな人生が

息づくまちをつくる

北海道登別市



# はじめに

登別市長 小笠原 春 一

我が国は、急速に進展した高齢化や少子化の結果、2008年（平成20年）をピークに人口減少時代を迎え、高齢化率においては、2005年（平成17年）に世界で最も高い水準（20.2%）となり、2020年（令和元年）9月の推計では28.7%まで上昇し、今後も高水準を維持していくと見込まれています。

本市においては、これまで人口減少は進む一方、65歳以上の高齢者は増加を続けておりましたが、本計画では、その高齢者人口も令和2年をピークに減少に転じると見込んでいます。しかし、65歳未満の人口減少は高齢者の人口減少を上回る速度で進行することから、本市の高齢化率は今後も上昇を続け、団塊の世代の全ての方が75歳以上となる2025年（令和7年）には、約40%になると推計しています。

また、長寿社会の到来により、一人暮らしの高齢者や高齢者のみの世帯、認知症高齢者も増加し、地域によっても高齢化の進展に大きな差が見受けられる状況から、地域の実情に応じた施策・事業の実施が求められています。

本市では、これまでも地域包括ケアシステムの構築を目指し、在宅医療と介護に関わる多職種の連携による支援体制の構築や、地域ケア会議を通じた高齢者支援や社会基盤整備の検討、認知症高齢者等が地域で安心して暮らせる認知症施策の推進などの取組を実施してきました。

本計画では、今後、団塊の世代の全ての方が75歳以上となる2025年（令和7年）、更には、団塊ジュニア世代が全て65歳以上となる2040年（令和22年）を見据え、国の動向やこれまでの施策の実績評価を基に、第7期計画で掲げた9つの重点的な取組に、「自立支援、介護予防・重度化防止の推進」、「地域包括支援センターの適切な運営」を加え、地域包括ケアシステムを深化・推進させるため、2021年度（令和3年度）から3年間の施策の方向性を示しています。

今後も“輝いて「生涯現役」のびやかな人生が息づくまちをつくる”を基本理念として、地域包括ケアシステムを深化・推進するため、地域住民、関係機関・団体、事業者、行政が互いに連携・協力し、本計画に盛込んだ施策の実現に向けて取り組んでまいります。

最後になりましたが、本計画の策定にあたり、貴重なご意見や多大なるご協力をいただきました多くの皆様に厚くお礼申し上げます。

2021年（令和3年）3月



# 目 次

第1章 計画策定にあたって	1
1 計画の趣旨等	1
2 計画の期間	3
3 計画の策定方法	4
4 計画の進捗管理	6
第2章 高齢者の現状と将来推計	9
1 高齢者の状況	9
2 要介護（要支援）認定者の状況	13
第3章 本計画の基本的な考え方	14
1 基本理念	14
2 政策目標	15
3 基本方針	16
4 計画の体系	18
5 重点的な取組	19
6 日常生活圏域の設定	23
第4章 地域包括ケアシステムの深化・推進	24
1 自立支援、介護予防・重度化防止の推進	24
2 在宅医療・介護連携の推進	26
3 認知症施策の推進	28
4 地域ケア会議の推進	30
5 地域包括支援センターの適切な運営	32
6 生活支援サービスの充実	34
7 虐待防止・権利擁護の推進	35
第5章 介護保険サービスの提供体制の整備	36
1 介護保険制度の円滑な運営	36
2 介護保険サービスの質の向上	42
第6章 暮らしを支える施策の推進	43
1 地域福祉活動の推進	43
2 自立した在宅生活の支援	46
3 多様な住まいの確保	48

第7章	健康づくりと介護予防の推進	51
1	健康づくりと生活習慣病予防の推進	51
2	健康づくりの場の充実	53
3	介護予防・生活支援サービス事業の実施	54
4	一般介護予防事業の実施	55
第8章	生きがいつくりと社会参加の促進	56
1	学習機会の拡充	56
2	地域・社会活動の推進	57
3	世代間交流の推進	59
4	就労機会の拡充	59
第9章	安全・安心な暮らしの確保	60
1	交通安全対策の推進	60
2	防犯対策の推進	60
3	防災対策の推進	61
4	感染症対策の推進	62
第10章	介護保険サービスの事業量・事業費の推計	63
1	事業量・事業費の推計の流れ	63
2	施設・居住系サービスの利用者数などの見込み	64
3	在宅サービスの利用者数などの見込み	68
4	介護給付費の見込み	70
5	地域支援事業費の見込み	72
6	介護保険料の見込み	76
第11章	行政等の体制整備	78
1	計画の推進に向けて	78
資料編		81
1	登別市高齢者保健福祉計画及び介護保険事業計画策定経過	81
2	意見公募（パブリックコメント）について	81
3	アンケート調査の実施結果	82
4	登別市高齢者保健福祉計画及び介護保険事業計画検討会議	120
5	登別市地域包括支援センター一覧	125
6	施設一覧	125
7	用語解説	127

# 第1章 計画策定にあたって

## 1 計画の趣旨等

### (1) 計画策定の趣旨

介護保険制度は、その創設から20年が経ち、介護サービス利用者は制度創設時の3倍を超え、550万人に達しており、介護サービスの提供事業所数も着実に増加し、介護が必要な高齢者の生活の支えとして定着、発展してきております。

近年の我が国の総人口は減少に転じているものの、高齢者は今後も増加し、高齢化はさらに進展していく見込みとなっており、団塊の世代の全てが75歳を迎える2025年（令和7年）には、一人暮らしの高齢者や高齢者のみの世帯、認知症高齢者が増加すると見込まれています。

さらに、団塊ジュニア世代が65歳以上となる2040年（令和22年）には、総人口・現役世代人口が減少する中で、高齢者人口がピークを迎えるとともに、介護ニーズの高い85歳以上の人口が急速に増加することが見込まれております。

こうした中、本市においても高齢化は進展しており、2020年（令和2年）9月末現在における高齢化率は36.6%に達し医療・介護サービスの利用も増加しています。一方で、本市の総人口は今後も減少し続けることが予想されるため、住み慣れた地域で自立した日常生活を継続することができるよう、地域の実情に応じた施策・事業の実施が求められています。

本市においては、これまでも「登別市高齢者保健福祉計画及び介護保険事業計画」を策定し、高齢者施策を総合的に推進してきましたが、「第8期登別市高齢者保健福祉計画及び介護保険事業計画」（以下「第8期計画」という。）は、「第7期登別市高齢者保健福祉計画及び介護保険事業計画」（以下「第7期計画」という。）における取組状況等を踏まえ「地域包括ケアシステム」の深化・推進に向けた取組を進めるため、2025年（令和7年）までの中期的な視点に立ち、高齢者保健福祉施策や介護保険事業の基本的な考え方や高齢者福祉、介護保険事業の方向性を示すとともに、目指すべき取組などを位置付け、介護保険事業の安定的運営を図るために策定するものです。

### (2) 計画の位置付け

本計画は、老人福祉法第20条の8の規定に基づく老人福祉計画及び介護保険法第117条第1項の規定に基づく介護保険事業計画として、一体的に策定するもので、本市における高齢者施策の推進のための基本計画となるものです。

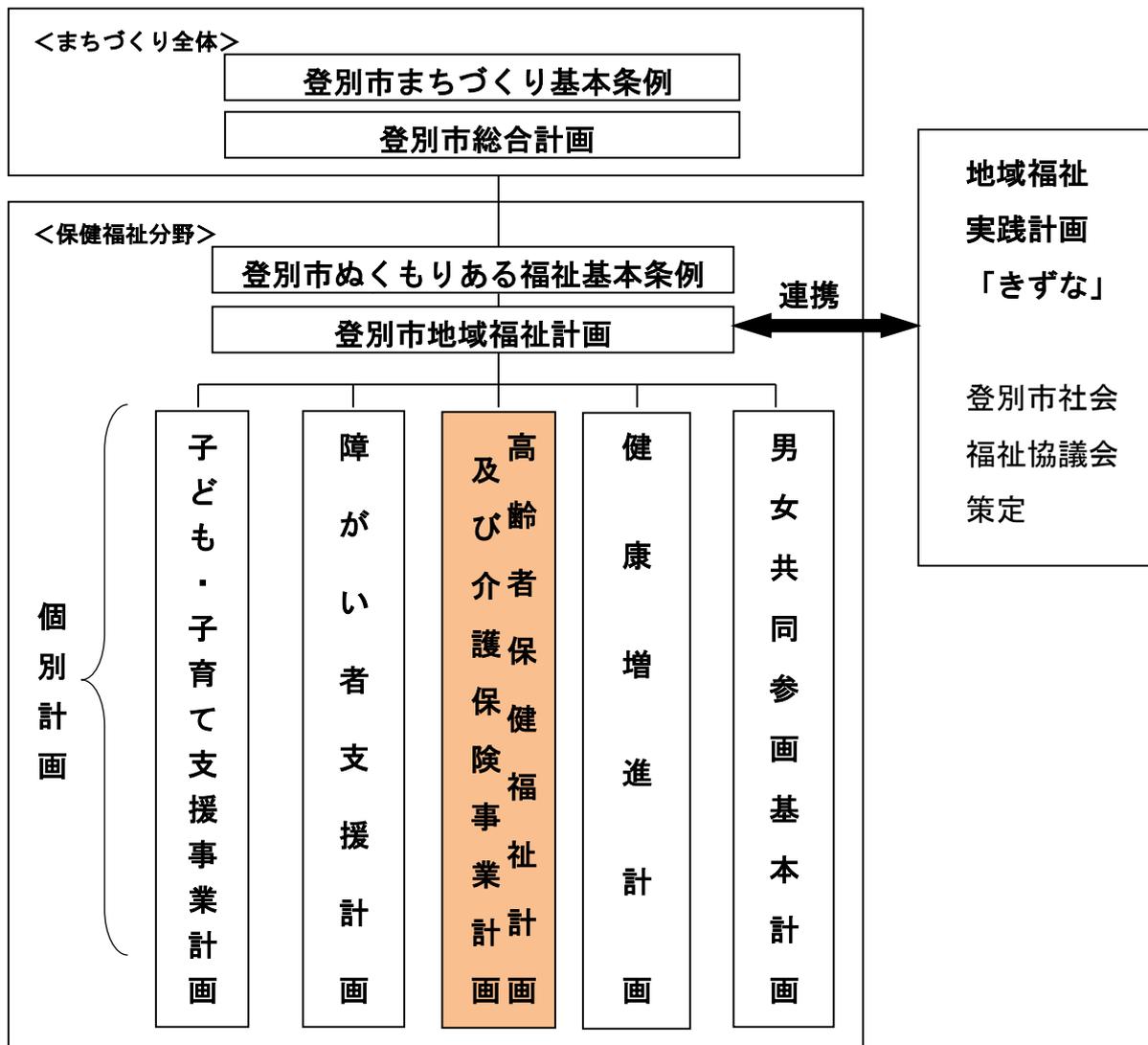
また、2025年（令和7年）までに地域包括ケアシステム（地域における介護・医療・福祉などの一体的な提供）を実現するための「地域包括ケア計画」として位置付けます。

### （3） 各種計画との整合

本計画は、保健福祉分野の基本計画である「登別市地域福祉計画」や、その上位計画である「登別市総合計画」における関連する各施策と調和を保つように策定します。

また、北海道の「高齢者保健福祉計画・介護保険事業支援計画」との整合性にも配慮して策定します。

図 各種計画との整合



## 2 計画の期間

計画の期間は、2021年度（令和3年度）から2023年度（令和5年度）までの3年間とします。

なお、今後の高齢化の進展を見据え、団塊の世代の全てが75歳を迎える2025年（令和7年）、さらには団塊ジュニア世代が65歳以上になる2040年（令和22年）をも見据えてサービス・給付・保険料の水準を勘案し、長期的な視野に立った施策の展開を図ります。

図 計画の期間

2015年度～2017年度 (平成27年度)(平成29年度)	2018年度～2020年度 (平成30年度)(令和2年度)	2021年度～2023年度 (令和3年度)(令和5年度)	2024年度～2026年度 (令和6年度)(令和8年度)
第6期計画	第7期計画	第8期計画	第9期計画
		「地域包括ケアシステム」の深化・推進	

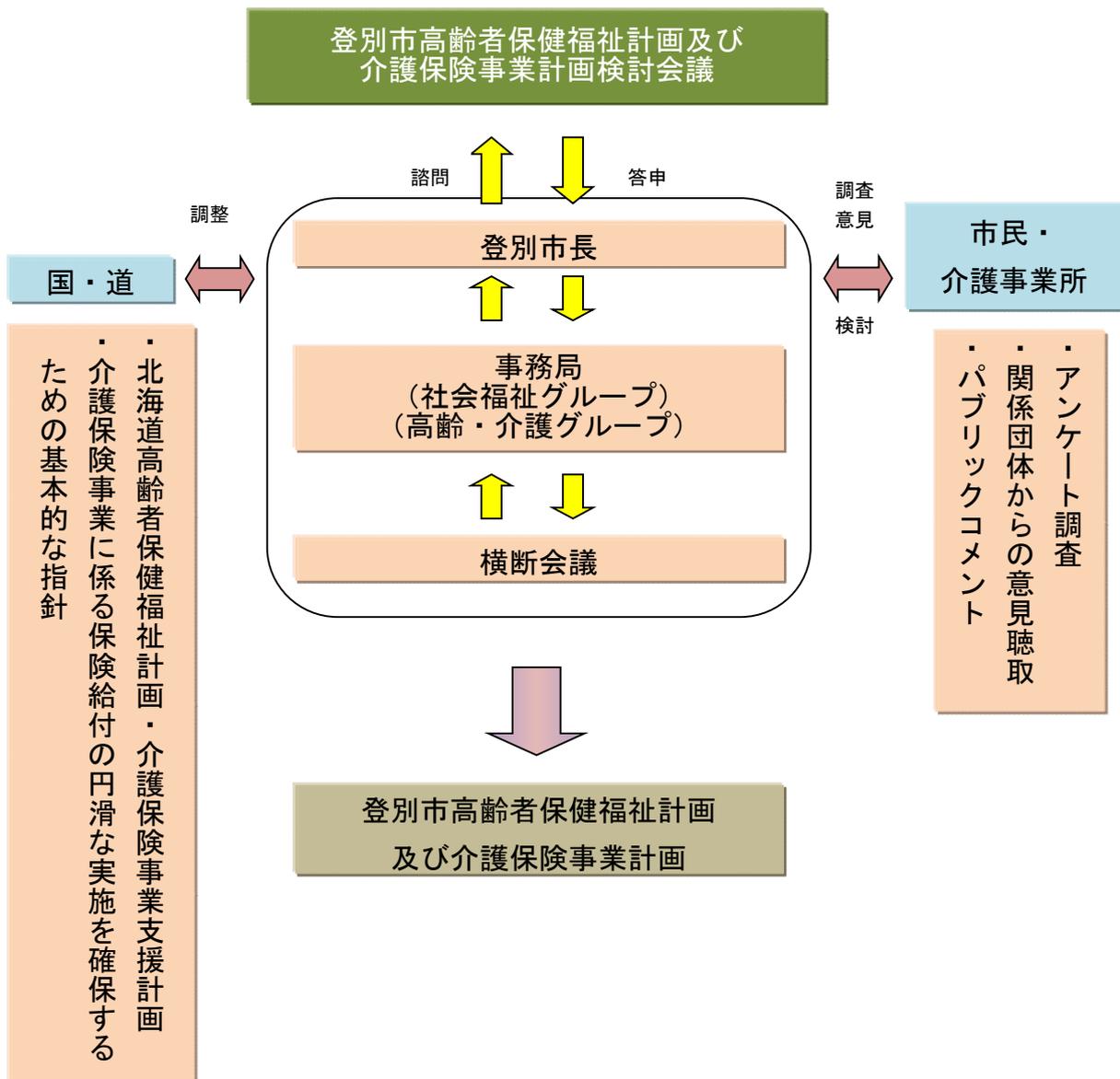
### 3 計画の策定方法

#### (1) 計画の策定体制

高齢者保健福祉計画及び介護保険事業計画の施策は、本市行政組織の幅広い部門に関連するため、庁内組織である「横断会議」において計画の原案を調整しました。

また、幅広く意見を聴取するため、行政機関内部だけでなく、保健・医療・福祉関係者やサービス提供事業者、介護保険の被保険者などが参画する登別市高齢者保健福祉計画及び介護保険事業計画検討会議を開催しました。

図 計画の策定体制



## (2) アンケート調査の実施

### ア 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査

本市における地域包括ケアシステムの深化・推進や地域の高齢者の状況を把握し、今後の介護保険における介護予防をはじめとする各事業にニーズを活かすことを目的に調査を実施しました。

### イ 在宅介護実態調査

高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らし続けることのできる「地域包括ケアシステム」の深化・推進、「介護離職をなくしていくためのサービスの在り方」等に向けた取組を推進することを目的に「在宅介護実態調査」及び「介護支援専門員からの聞き取り調査」を実施しました。

### ウ 介護サービス事業者調査

介護サービス事業者の施設整備意向やサービス提供の課題を把握し、今後の介護サービス提供基盤の整備に係る施策展開に活用することを目的に調査を実施しました。

## (3) 意見公募（パブリックコメント）の実施

市民から本計画への意見などを広く求めるため、意見公募（パブリックコメント）を実施しました。

## 4 計画の進捗管理

各年度における事業の実施予定や目標値を設定したロードマップ（行程表）により、計画の具現化に向けた進捗管理を行い、地域包括ケアシステムの深化・推進に取り組めます。

図 地域包括ケアシステムの深化・推進に向けたロードマップ

事業等	2021 (R3) 年度	2022 (R4) 年度	2023 (R5) 年度	2025 (R7) 年度 にめざす姿
<b>第4章 地域包括ケアシステムの深化・推進</b>				
<b>自立支援、介護予防・重度化防止の推進</b>				
1 地域リハビリテーション活動推進事業				地域のリハビリテーション専門職が地域で生活リハビリを行うことで介護予防ができています。
2 切れ目のないリハビリテーションの提供体制の充実				急性期・回復期リハビリテーションから、生活期リハビリテーションへと切れ目のないサービスが提供されています。
3 高齢者保健と介護予防の一体的実施事業				高齢者が適切に医療等を活用し、疾病の重度化を防止、介護状態になることを予防できています。
<b>在宅医療・介護連携の推進</b>				
1 在宅医療・介護連携の課題抽出と対応の協議				会議により課題が早期に解決され、在宅医療と介護の連携がうまく図られています。
2 地域住民への普及啓発				市民の知識が深まり、住み慣れた地域で安心して人生の最期を迎えたいという願いに役立てることができています。
3 在宅医療・介護連携に関する相談支援				地域の医療、介護関係者からの相談に応じ、医療と介護の連携がスムーズに行われています。
4 医療・介護関係者の情報共有の支援				医療と介護の連携がスムーズになり、切れ目のないサービス提供がされています。
5 在宅医療・介護関係者の研修				医療と介護の関係者の知識が深まり、連携に役立てることができています。
6 切れ目のない在宅医療・介護の提供体制の充実				在宅医療が充実し、市民が人生の最期まで自分らしい生活を送ることができています。

第1章 計画策定にあたって

事業等	2021 (R3) 年度	2022 (R4) 年度	2023 (R5) 年度	2025 (R7) 年度 にめざす姿
<b>認知症施策の推進</b>				
1 認知症に関する理解の促進	認知症サポーター数 目標 9,500人	認知症サポーター数 目標 10,300人	認知症サポーター数 目標 11,000人	認知症は誰もがかりうる可能性があることを市民が認識し、認知症があってもなくても自分らしく住み続けることができる「認知症バリアフリー」化が進んだ市となっている。
	ステップアップ講座の開催とボランティアの誕生			
2 相談先の周知	認知症あんしんガイドブック(認知症ケアパス)の活用促進			市民が認知症について、どのような状態になったらどこに相談するかを知っており、気軽に相談できる体制が整っている。
	認知症地域支援推進員の活動周知			
3 認知症予防に資する可能性のある活動の推進	認知症予防も含めた介護予防の取組の推進			市民が積極的に生活習慣病予防や認知症予防に取り組むことができている。
	身近に通える通いの場の拡充			
4 早期発見・早期対応に向けた取組と相談体制の強化	軽度認知障害(MCI)への早期対応			認知症になる手前の状態での早期対応により、認知症の発症を遅らせたり、適切な相談支援により重症化を予防することができている。
	認知症地域支援推進員や認知症疾患医療センター、認知症初期集中支援チーム等の活動の周知、関係機関との連携と支援体制の構築			
	認知症初期集中支援チームによる本人や家族への支援			
5 医療・ケア・介護サービス・介護者への支援	新規支援数 目標25人	新規支援数 目標25人	新規支援数 目標25人	適切な医療・介護サービスの利用や地域の見守り機能の強化、認知症高齢者本人、家族、地域の人等が気軽に参加できる場所の確保などにより、認知症の人でもそうでない人も安心して暮らすことができている。
	SOSネットワーク等、見守り体制の強化			
	認知症カフェの設置数 目標 2箇所	認知症カフェの設置数 目標 3箇所	認知症カフェの設置数 目標 3箇所	
	医療従事者等の認知症対応力の向上の促進			
<b>地域ケア会議の推進</b>				
1 個別ケア会議	個別課題の見える化、地域の共通する課題の抽出			
	地域のネットワーク構築			
	検討件数 目標13件	検討件数 目標14件	検討件数 目標15件	
2 介護予防・自立支援型個別ケア会議	多職種専門職による自立支援に必要な視点の構築			高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らし続けるため、地域の支援者を含めた介護・福祉・保健・医療等の多職種の連携と、多様な社会資源の総合調整を行い、高齢者が地域において、自立した日常生活を営むために必要な支援体制に関する検討を行う場が整備されている。
	介護予防に資するケアプラン作成とそのケアプランに即したケア等の提供			
	検討件数 目標 8件	検討件数 目標12件	検討件数 目標15件	
3 地域課題解決型ケア会議	地域課題の見える化			
	地域づくり、資源開発を検討			
	開催回数 目標 9回	開催回数 目標 9回	開催回数 目標 9回	
4 政策形成型地域ケア推進会議	地域課題の解決のための政策提言に向けた検討			
	開催回数 目標 1回	開催回数 目標 1回	開催回数 目標 1回	
<b>地域包括支援センターの適切な運営</b>				
1 総合相談支援業務	総合相談窓口機能の強化			高齢者の総合相談窓口として地域に定着し、常に利用者の立場に立ち、関係機関と連携した適切な相談支援を行うことができている。
	総合相談者延人数 目標 4,200人	総合相談者延人数 目標 4,300人	総合相談者延人数 目標 4,400人	
2 権利擁護業務	権利擁護の周知啓発			判断能力の低下が見られる高齢者等の権利擁護に関する周知啓発を行い、地域のネットワークにより、高齢者虐待や消費者被害の未然防止、早期発見ができていく。
	研修会・勉強会の開催による関係機関のネットワーク構築			
3 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務	研修会や情報交換等によるケアマネジャーの資質向上に向けた支援			地域のケアマネジャーが広い視野で適切なケアマネジメントを実施し、地域との連携体制のもと、要介護認定者の自立に資する支援ができていく。
	ケアマネジャーの地域ケア会議への積極的な活用に向けた支援			
4 介護予防ケアマネジメント業務	高齢者の自立に資する介護予防ケアマネジメントの実施			要支援1・要支援2と認定された方と事業対象者が、自立支援重点化防止に資する介護予防ケアマネジメントの下、多様な社会資源を効果的に活用し、住み慣れた地域で安心して暮らし続けることができている。
	介護予防・自立支援型個別ケア会議の活用			
5 認知症施策の推進	認知症地域支援推進員の活動促進			地域包括支援センターに配置されている認知症地域支援推進員が中心となり、認知症サポーターがボランティアとして活動し、認知症の方もそうでない方も安心して暮らせるよう、地域の見守り体制が整備されている。
	ステップアップ講座の開催とボランティアの誕生			
	ステップアップ講座の開催回数 目標 1回	ステップアップ講座の開催回数 目標 2回	ステップアップ講座の開催回数 目標 3回	
6 地域包括支援センターの機能評価	全国一律の評価基準に基づいた機能評価の実施によるセンター機能の強化・充実			地域包括支援センターが地域包括ケアシステム構築の中核機関として、公正中立性を確保し、その機能を発揮することができている。

第1章 計画策定にあたって

事業等	2021 (R3) 年度	2022 (R4) 年度	2023 (R5) 年度	2025 (R7) 年度 にめざす姿
<b>生活支援サービスの充実</b>				
1 地域支え合い推進員（生活支援コーディネーター）と協議体による一体的な取組	協議体会議の開催回数 目標3回	協議体会議の開催回数 目標3回	協議体会議の開催回数 目標3回	住民が共に支え合う仕組みづくりが各地域において整備されている。
<b>虐待防止・権利擁護の推進</b>				
1 高齢者の虐待防止対策の充実	広報紙・ウェブサイト等による市民周知			市民が高齢者虐待を理解し、困ったときの相談先が分かる。また、介護サービス事業所等の関係機関と緊密な連携が図れ迅速な対応が図られている。
	研修会・勉強会の開催による関係機関のネットワーク構築			
2 権利擁護の推進	市民後見人の育成・体制整備			「市民後見人」を育成するとともに、市民後見人が活躍できる体制が整備されている。また、成年後見制度の周知が図られている。
	成年後見制度の普及促進			
3 成年後見制度の利用促進	関係機関との連携方法の具体化の検討	関係機関との連携し必要な人に支援が行き渡るよう市民周知		地域包括支援センター、成年後見支援センターと市が連携し、スムーズな市長申立て等につながる体制が構築されている。
4 高齢者の生活安全	市民及び関係機関に最新情報を提供するほか、事業者向けの勉強会の開催			最新の消費者被害の事例が高齢者に行き渡り、被害の拡大防止が図られている。
<b>第5章 介護保険サービスの提供体制の整備</b>	需要予測の提供	新規整備に向けたニーズの把握		利用者が質の高いサービスを受けることにより、充実した生活を送れる。
	利用状況・需要予測等に基づくサービス提供基盤の整備			
	事業者との連携による体制支援・人材確保等事業の推進			関係機関との連携が確立され、利用者ニーズに適切に対応されている。
<b>第6章 暮らしを支える施策の推進</b>				
	関係機関等との連携による見守り・支援体制整備の推進			必要とされる支援が地域の互助やNPO等による生活支援で展開されている。
	自立した生活に資するサービス・情報提供の充実			在宅生活を継続するうえで必要な支援サービスの情報が認識されている。
<b>第7章 健康づくりと介護予防の推進</b>				
	健康づくりの推進、各種保健事業の実施			自主的に健康づくりや生活習慣病予防に取り組む方が増え、自立した生活を維持できている。
	生活習慣病予防と重度化防止、高齢者保健と介護予防の一体的実施			
	健康づくりの場の充実 住民主体の通いの場の充実			高齢者が、身近な地域で健康づくり活動の実施や閉じこもり・孤立化の防止のための居場所を確保できている。
	介護予防・生活支援サービス事業の実施			地域にあった自立支援サービスが創出され、介護予防ケアマネジメントに基づき、多様な生活支援サービスが提供されている。
	一般介護予防事業の実施 ・介護予防把握事業 ・地域介護予防活動支援事業 ・地域リハビリテーション活動支援事業	介護予防普及啓発事業		認知症予防も含めた介護予防活動に積極的に参加し、高齢者が元気で自立した生活を送ることができている。
<b>第8章 生きがいづくりと社会参加の促進</b>				
	シルバー人材センターの就労機会提供への支援			地域活動や社会参加による孤立防止とともに、介護予防への効果が表れている。
<b>第9章 安全・安心な暮らしの確保</b>				
	安全安心な暮らしのための交通安全・防犯・防災対策等の推進			高齢者が普段から安全安心に生活できるよう、交通安全・防犯・防災・感染症対策が充実されている。
	感染症対策の情報発信・介護事業所支援			
<b>各章（第4章から9章）共通</b>				
	取り組み等に関する普及啓発			計画の確実な遂行。
			事業評価・調査	
			次期計画 検討・作成	

※ロードマップは、国・北海道・市の予算等の財源状況、他計画の見直し、事業の進捗状況等により変更となる可能性があります。

## 第2章 高齢者の現状と将来推計

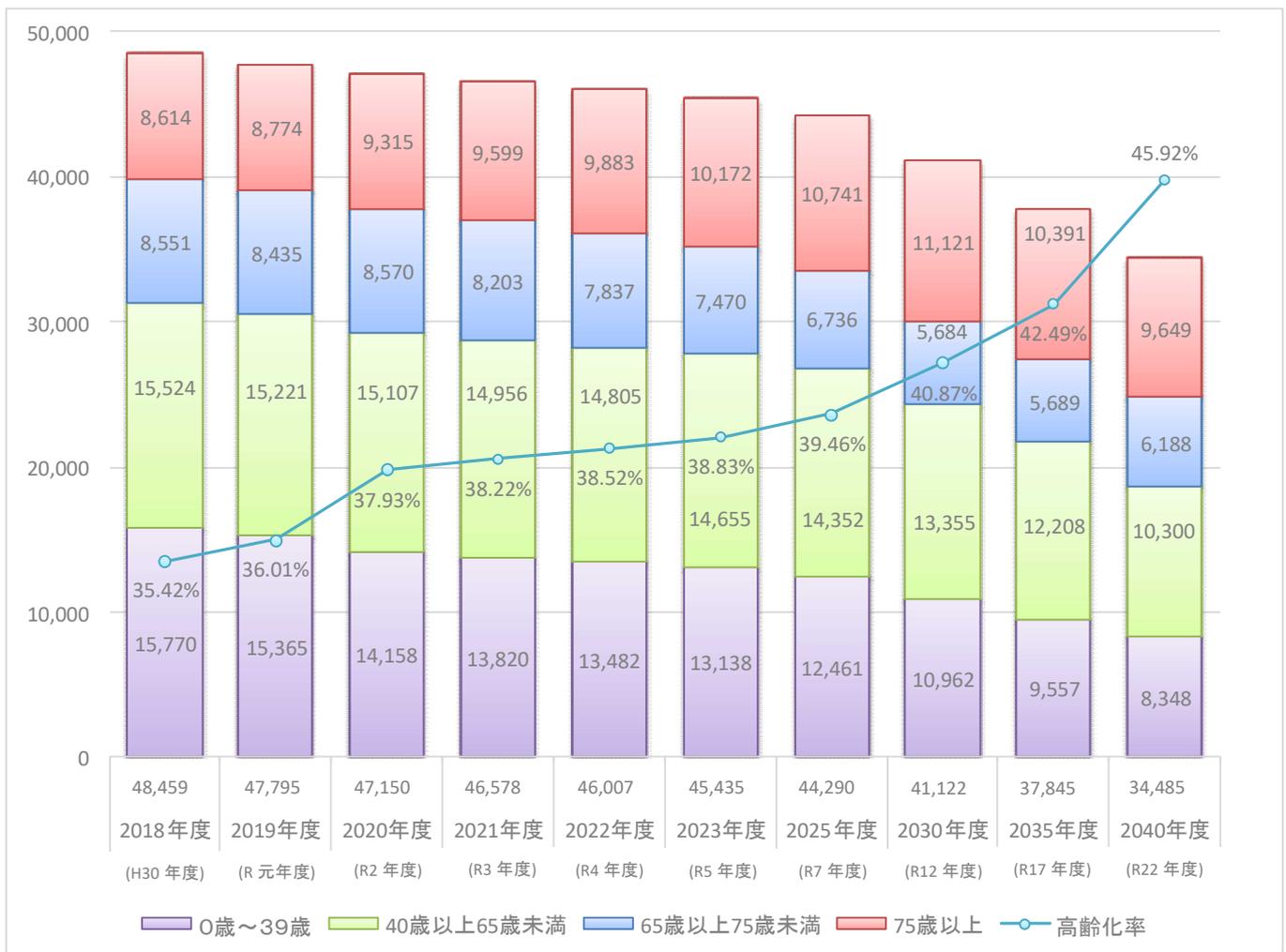
### 1 高齢者の状況

#### (1) 高齢者人口の推移と将来推計

高齢者人口の将来推計は、平成30年推計の国立社会保障・人口問題研究所の日本の地域別将来推計人口を使用しました。

本市の総人口は今後も減少する見込みであり、65歳以上の高齢者人口も2020年度（令和2年度）をピークに減少しますが、75歳以上の高齢者人口は今後も増加し、2030年度（令和12年度）にピークを迎えると推計しています。高齢化率は、高齢者人口の減少よりも、65歳未満人口はさらに減少していくものと見込まれることから、今後も上昇し、2040年度（令和22年度）には、45.92%になると推計しています。

図 人口の推移と将来推計



## 第2章 高齢者の現状と将来推計

表 日常生活圏域別の人口の将来推計

区 分		2021年度 (R3年度)	2022年度 (R4年度)	2023年度 (R5年度)	2025年度 (R7年度)	2030年度 (R12年度)	2035年度 (R17年度)	2040年度 (R22年度)
総人口		46,578	46,007	45,435	44,290	41,122	37,845	34,485
高齢者人口		17,802	17,720	17,642	17,477	16,805	16,080	15,837
登別東部	65-74歳	2,369	2,263	2,157	1,945	1,642	1,642	1,787
	75歳以上	2,983	3,072	3,161	3,338	3,456	3,229	2,999
	合計	5,352	5,335	5,318	5,283	5,098	4,871	4,786
登別中部	65-74歳	2,629	2,512	2,395	2,159	1,821	1,824	1,984
	75歳以上	2,915	3,002	3,089	3,262	3,378	3,156	2,930
	合計	5,544	5,514	5,484	5,421	5,199	4,980	4,914
登別西部	65-74歳	3,205	3,062	2,918	2,632	2,221	2,223	2,417
	75歳以上	3,701	3,809	3,922	4,141	4,287	4,006	3,720
	合計	6,906	6,871	6,840	6,773	6,508	6,229	6,137

※日常生活圏域の詳細については、第3章の「6 日常生活圏域の設定」(23ページ)参照

## (2) 高齢者のいる世帯の推移

高齢者のいる世帯の状況については、過去の国勢調査等の状況を勘案すると上昇傾向にありますので、この傾向は、現在も続いているものと見込んでおり、一人暮らし高齢者の割合も増加していくものと見込んでいます。

表 世帯数の推移

区分	2005年 (平成17年)	2010年 (平成22年)	2015年 (平成27年)
一般世帯 (施設の入所者や病院の 入院者などを除く世帯)	21,480世帯 100.0%	21,680世帯 100.0%	21,640世帯 100.0%
65歳以上の 高齢者がいる世帯 A+B+C	8,478世帯 39.5%	9,361世帯 43.2%	10,327世帯 47.7%
高齢者単身世帯 A (一人暮らしの高齢者)	2,154世帯 10.0%	2,585世帯 11.9%	3,009世帯 13.9%
高齢者夫婦世帯 B (夫婦のみの高齢者世帯)	2,563世帯 16.0%	2,952世帯 17.2%	3,459世帯 19.1%
高齢者のみの世帯 以外 C	3,761世帯 13.4%	3,824世帯 14.1%	3,859世帯 14.7%

【資料：国勢調査2015年（平成27年）実施】

※国勢調査では、世帯を「一般世帯」と「施設等の世帯」に区分しています。

- ・「一般世帯」：住居と生計を共にしている人の集まり又は一戸を構えて住んでいる単身者
- ・「施設等の世帯」：寮・寄宿舎の学生・生徒、病院・療養所の入院者（3か月以上）、社会施設の入所者、自衛隊営舎内居住者、矯正施設の入所者など

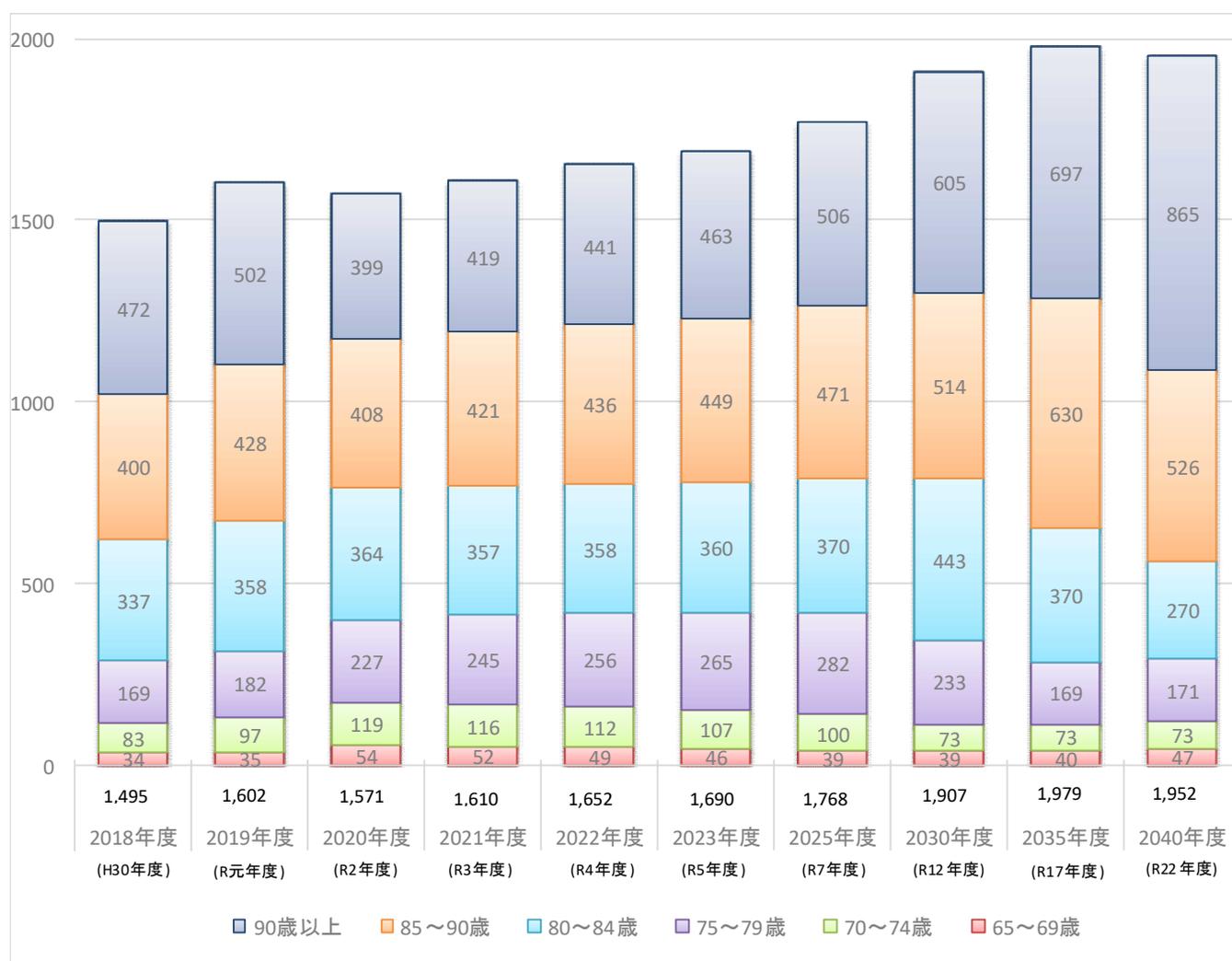
※直近の国勢調査は2020年（令和2年）に実施されておりますが、計画策定段階では、調査結果が公表されていないため、2015年（平成27年）までの推移を掲載します。

### (3) 要介護（要支援）認定者のうち認知症高齢者数の将来推計

認知症高齢者数は、過去の実績を基に、年齢階層別に認知症高齢者の出現率を見込み、各年度の要介護（要支援）認定者数の推計結果に乗じて算出しました。

要介護（要支援）認定者のうち認知症高齢者は、2035年度（令和17年度）まで増加を続け、2035年度（令和17年度）には1,979人となり、令和元年度と比較して約1.24倍となりますが、2040年度（令和22年度）には、1,952人と減少傾向に転じる見込みです。

図 要介護（要支援）認定者のうち認知症高齢者の将来推計



※2018年度（平成30年度）：平成30年9月30日時点において、認定調査で日常生活自立度Ⅱa以上と判定された人数  
 ※2019年度（令和元年度）：令和元年9月30日時点において、認定調査で日常生活自立度Ⅱa以上と判定された人数  
 ※2020年度（令和2年度）以降：令和元年度の数値を、年齢階層ごとの要介護（要支援）認定者数の伸び率に乗じて算出

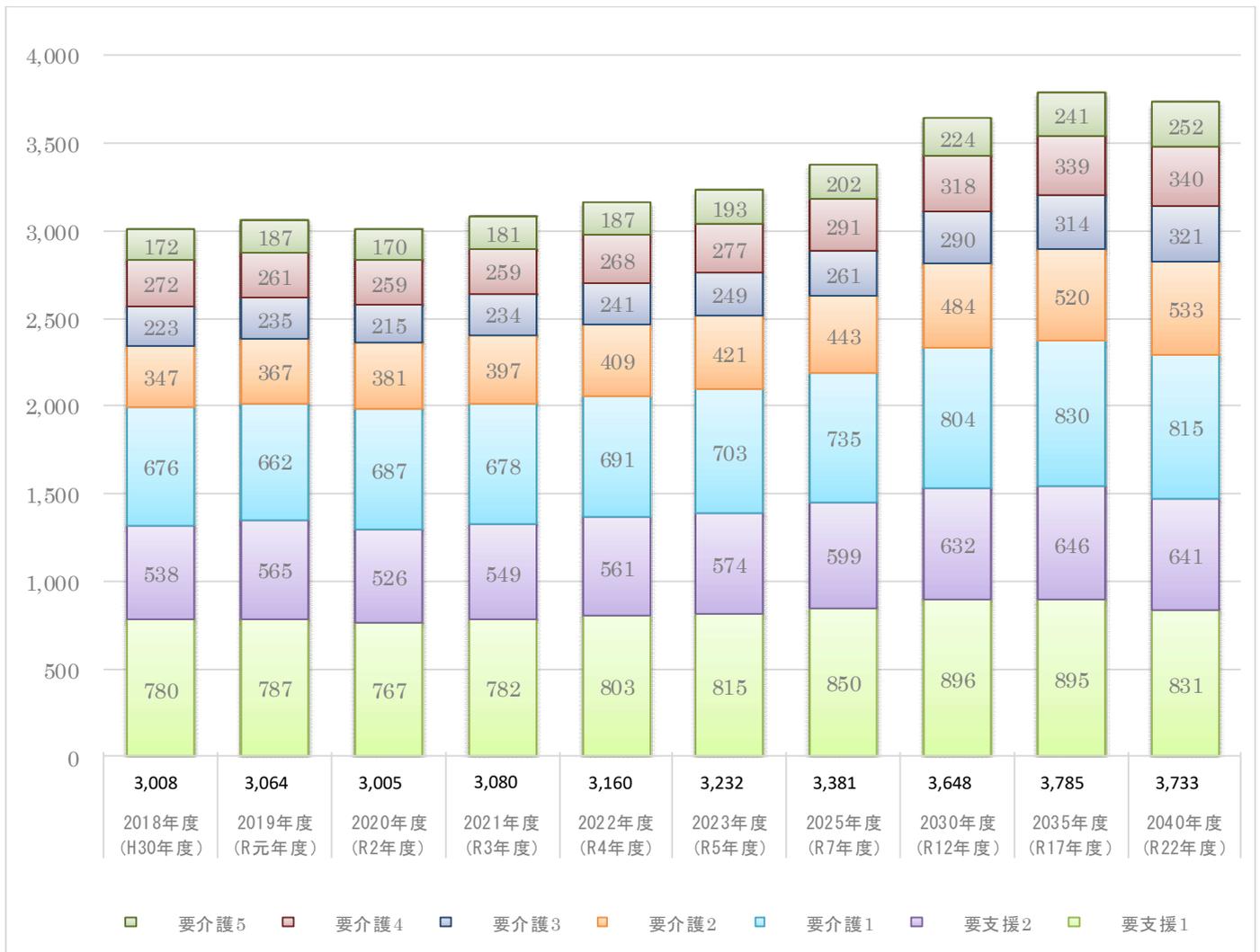
## 2 要介護（要支援）認定者の状況

### （1） 要介護（要支援）認定者数の推移と将来推計

要介護（要支援）認定者数は、近年の実績値である2018年度（平成30年度）から2019年度（令和元年度）の実績値を基に、高齢者人口の将来推計を用いて算出しました。

2023年度（令和5年度）には3,232人、2030年度（令和12年度）には3,648人、2040年度（令和22年度）までには3,733人となる見込みです。

図 要介護（要支援）認定者数の推移と将来推計



（出典） 平成30年度（2018年度）、令和元年度（2019年度）：厚生労働省「介護保険事業状況報告」9月末  
 令和2年度（2020年度）：厚生労働省「介護保険事業状況報告」5月末  
 \* 第2号被保険者を除く

## 第3章 本計画の基本的な考え方

### 1 基本理念

2025年(令和7年)には団塊の世代が75歳以上の高齢者となることにより、医療や介護のニーズが高まることや、一人暮らしの高齢者や高齢者のみの世帯、認知症高齢者の増加が見込まれることから、高齢者が可能な限り住み慣れた地域でその有する能力に応じて自立した日常生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防、住まい、生活支援が一体的に提供される「地域包括ケアシステム」の深化・推進に向け、計画を着実に推進していく必要があります。

こうした状況を踏まえ、本計画では、第7期計画に引き続き、登別市総合計画の基本計画から“「輝いて、生涯現役」のびやかな人生が息づくまちをつくる”を基本理念として、その実現に向けて取り組みます。

基本理念

「輝いて、生涯現役」のびやかな人生が  
息づくまちをつくる

(基本的な考え方)

活力ある高齢化社会を築き上げるためには、何よりも、高齢者が住み慣れた地域や家庭でいきいきと充実した暮らしを続けることが大切です。

そのためには、市民一人ひとりが早くから高齢化についての理解を深め、高齢者の社会参加や生きがいづくりを総合的に推進する事が必要です。

また、一人暮らしの高齢者や高齢者のみの世帯、認知症高齢者が増加し、高齢者の生活スタイルも多様化していることから、高齢者の介護ニーズに適切に対応するため、家庭や地域あるいは行政や民間関係団体との適切な役割分担に基づいた総合的な対策が求められています。さらに、保健や福祉あるいは医療等のサービス供給主体が連携を密にし、個々のケースに見合う最も適切なサービスを提供できる体制の確立が大切です。

元気な高齢者はもちろんのこと、支援を必要とする高齢者が安心して暮らせるよう保健と福祉と医療が連携した総合的な在宅支援サービスを強化するとともに、すべての高齢者が充実した生涯を送ることができるよう努めます。

## 2 政策目標

基本理念の実現に向け、4つの政策目標を掲げます。

### 政策目標1 高齢者福祉の充実

高齢者が支援や介護が必要な状態になっても住み慣れた自宅や地域で自分らしい暮らしを続けることができるよう、医療、介護、介護予防、住まい、生活支援サービスを切れ目なく提供する「地域包括ケアシステム」の深化・推進に努めます。

### 政策目標2 地域福祉の推進

高齢者が住み慣れた地域でいきいきと暮らしていけるよう、地域福祉サービスの充実や制度の周知・啓発に努めるとともに、「自助・互助・共助・公助」の視点で多様な支え合いの体制の構築に努めます。

### 政策目標3 長寿社会の基盤づくり

高齢者が生涯にわたって健やかに暮らせるよう、早い時期からの健康づくりや介護予防の取組を進めるとともに、高齢者が生きがいを持って生活できるよう、社会参加などの促進や、高齢者自らが支援の担い手となれるよう、地域における活動を支援します。

### 政策目標4 安全に安心して暮らせるまちづくり

高齢者が安全に安心して暮らせるよう、交通安全対策や防犯・防災対策の推進に努めるとともに、防災対策や感染症対策を推進します。

### 3 基本方針

政策目標の達成のため、6つの基本方針を掲げます。

#### 基本方針1 地域包括ケアシステムの深化・推進

団塊の世代のすべてが75歳以上となる2025年（令和7年）までに地域包括ケアシステムの深化・推進を目指し、高齢者の「自立支援、介護予防・重度化防止」に取り組み、保険者機能の強化を推進します。

また、今後増加が見込まれている認知症高齢者等への施策を強化するほか、在宅医療・介護連携や地域ケア会議の推進、生活支援サービスの充実などに取り組むとともに、高齢者一人ひとりを尊重し、高齢者が尊厳を保ち、自立した生活が送れるよう、高齢者の権利を守るための支援を進めます。

#### 基本方針2 介護保険サービスの提供体制の整備

介護保険制度の役割は、介護を必要とする高齢者にサービスを提供し、住み慣れた自宅や地域で安心して暮らせるよう支援することです。

そのため、介護保険制度を維持するための国の方針に従いながら、在宅サービスと施設・居住系サービスの適切な基盤整備に努めるとともに、介護サービス事業者に対する指導監督を適切に行うことなどにより、サービスの質・量の両面にわたる充実を図ります。

#### 基本方針3 暮らしを支える施策の推進

高齢者が自らのニーズに応じた適切なサービスや住まいを選択することができるよう、地域での支え合いなどの地域福祉活動を推進し、高齢者の在宅生活を支援します。

#### 基本方針4 健康づくりと介護予防の推進

介護や支援が必要な状態となることを防ぐため、早期からの生活習慣病予防や健康づくりを推進するとともに、生活支援ニーズに応じたサービスを提供する仕組みづくりや身近な地域で気軽に介護予防に取り組める環境づくりに努めます。

### 基本方針5 | 生きがいづくりと社会参加の促進

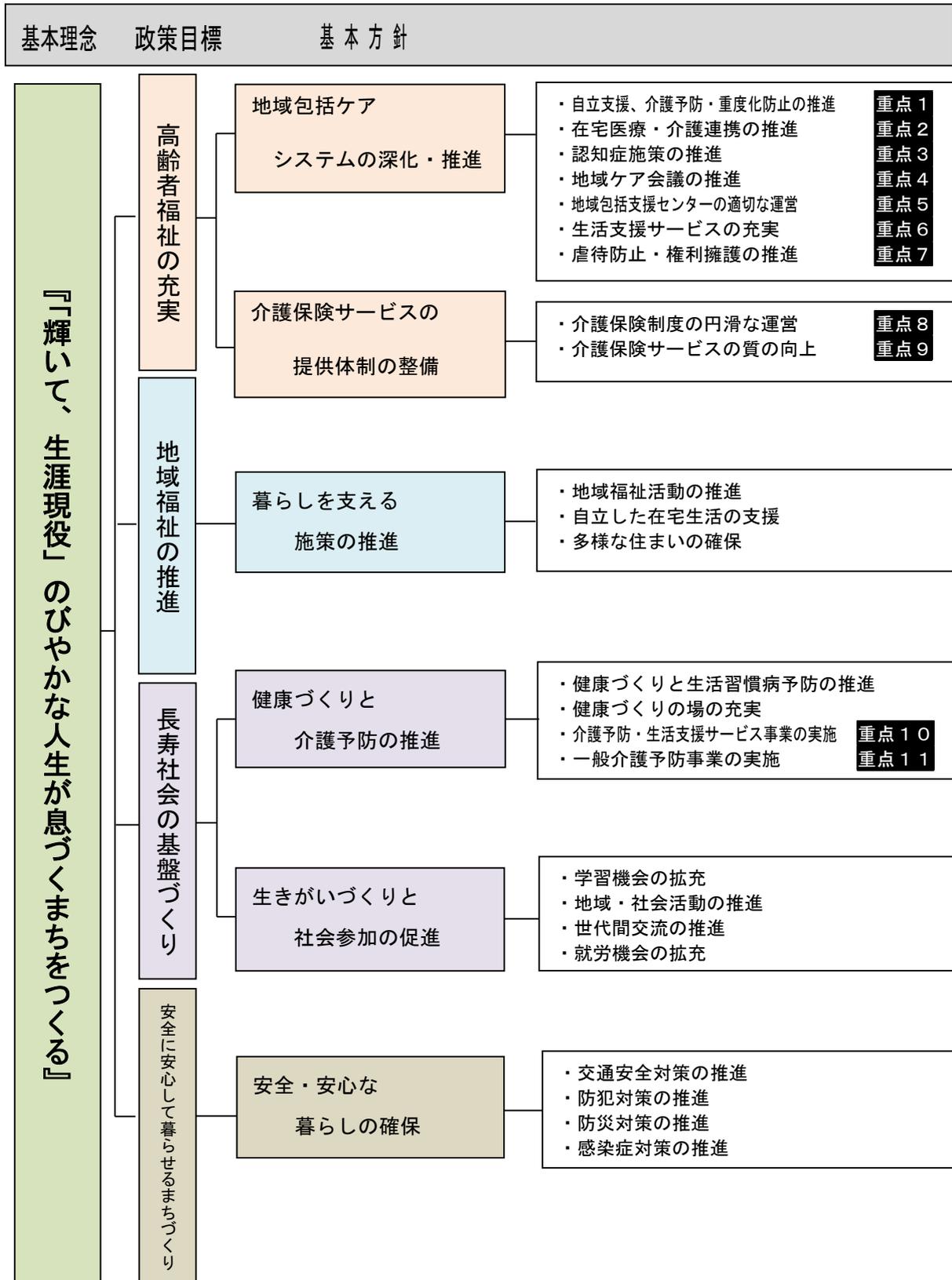
元気な高齢者は社会の大きな財産であることから、高齢者自身が地域社会の中で自らの経験と知識・技能を生かし、社会の主役として活躍することができる環境づくりを推進します。

また、生涯現役で、生きがいをもって過ごすために、健康づくりや介護予防とともに、ボランティア、就労、生涯学習、スポーツ活動、世代間の交流など幅広い社会参加の推進と、地域の交流を促進します。

### 基本方針6 | 安全・安心な暮らしの確保

交通事故や災害などの緊急時における安全対策を推進するほか、感染症対策を推進し、高齢者が地域において普段から安心感を持って生活できるよう安全・安心対策を推進します。

## 4 計画の体系



## 5 重点的な取組

### 地域包括ケアシステムの実現に向けた重点的な取組

#### **重点1** 自立支援、介護予防・重度化防止の推進（P24）

（地域包括ケアシステムの深化・推進 第4章）

- 高齢者の自立支援と介護予防、要介護状態の重度化防止に資する施策を地域支援事業に反映します。
- 保険者機能強化推進交付金等を活用し、一般介護予防事業をはじめとした高齢者の自立支援、介護予防・重度化防止に向けた施策の充実を図り、PDCAサイクルを活用した分析・評価を実施するなど、保険者機能の強化に努めます。

- 【取組】
- 地域のリハビリテーション専門職を活用した一般介護予防事業の強化
  - 高齢者の保健事業と介護予防事業の一体的実施

#### **重点2** 在宅医療・介護連携の推進（P26）

（地域包括ケアシステムの深化・推進 第4章）

- 在宅での療養や介護が必要になったときに必要なサービスを適切に選択できるように地域住民の在宅医療・介護連携に関する理解の促進を図ります。
- 地域の医療・介護関係者等の多職種が参画する会議において、在宅医療・介護連携に関する課題を検討し、対応策を具体化します。

- 【取組】
- 地域住民への普及啓発
  - 在宅医療・介護連携推進会議の開催
  - 医療・介護関係者の情報共有の支援
  - 医療・介護関係者の研修

#### **重点3** 認知症施策の推進（P28）

（地域包括ケアシステムの深化・推進 第4章）

- 認知症は誰もがかかりうるものであり、認知症になっても尊厳が守られ、住み慣れた地域で暮らし続けることができるよう、認知症への正しい理解を深めるための取組を推進します。
- 認知症の予防について、正しい知識と理解に基づいた認知症への備えとしての取組を推進します。

- 【取組】
- 認知症ケアパスの活用や普及
  - 認知症サポーターステップアップ講座の充実
  - 認知症サポーター養成講座の実施
  - 認知症予防を含めた一般介護予防事業の実施
  - 認知症カフェ等の本人参加の場の拡充
  - 軽度認知障害と診断された方への支援

#### **重点4** 地域ケア会議の推進 (P30)

(地域包括ケアシステムの深化・推進 第4章)

○地域の支援者を含めた介護・福祉・保健・医療等の多職種の連携と多様な社会資源の総合調整を行い、高齢者が地域において、自立した日常生活を営むために必要な課題解決に向けた検討を行うとともに、地域の支援体制のネットワークを構築します。

○個別ケア会議等の課題分析から明らかになった地域課題の解決に必要な地域づくりや資源開発等について、地域課題解決型ケア会議で検討します。

- 【取組】
- 介護予防・自立支援型個別ケア会議を含めた個別の地域ケア会議の推進
  - 個別支援を通じた在宅医療・介護関係者と地域関係者のネットワークの構築
  - 地域課題解決型ケア会議の推進
  - 課題解決に向けた具体策の政策への提言

#### **重点5** 地域包括支援センターの適切な運営 (P32)

(地域包括ケアシステムの深化・推進 第4章)

○地域の高齢者の総合相談、権利擁護、包括的・継続的ケアマネジメント支援等の業務を通して、担当圏域の高齢者ニーズの把握や課題解決に向けた取組を市と連携して推進するとともに、公正・中立な事業運営を行います。

○高齢者が住み慣れた地域でその人らしい生活を継続できるよう総合的にアセスメントし、多様な社会資源に結び付けるとともに自立支援、介護予防・重度化防止に資する介護予防ケアマネジメントを行います。

- 【取組】
- 全国統一の評価指標に基づいた機能評価の実施
  - 登別市地域包括支援センター運営協議会の実施

#### **重点6** 生活支援サービスの充実 (P34)

(地域包括ケアシステムの深化・推進 第4章)

○地域住民が生活支援の充実に向けて我がこととして参画し、誰もが役割と生きがいを持てる地域づくりを進めるため、地域資源の掘り起こしやサービスを創出し、住民ニーズとのマッチングに取り組みます。

○高齢者の介護予防・社会参加支援と自助・互助・共助・公助を組み合わせた多様な生活支援サービスの一体的提供体制の充実を目指します。

- 【取組】
- 日常生活圏域ごとに第2層地域支え合い推進員（生活支援コーディネーター）の配置
  - 高齢者が担い手となる生活支援サービス提供の仕組みづくり

**重点7** 虐待防止・権利擁護の推進 (P35)

(地域包括ケアシステムの深化・推進 第4章)

- 高齢者が尊厳を保持しながら安定した生活を送ることができるよう、高齢者虐待防止の体制整備を図ります。
- 高齢者の判断能力が低下した場合でも、安心して生活できるよう権利擁護事業の推進に努めます。

【取組】

- 権利擁護の推進に向けた市民及び関係機関への広報・普及啓発
- 関係機関とのネットワークによる虐待防止の推進

**重点8** 介護保険制度の円滑な運営 (P36)

(介護保険サービスの提供体制の整備 第5章)

- 高齢者が要介護状態となった場合においても、住み慣れた自宅や地域で暮らし続けることができるよう、サービスの充実を図ります。

【取組】

- 介護保険制度の普及啓発
- 介護保険サービスの基盤整備
- 介護給付の適正化
- 介護保険料の収納率向上

**重点9** 介護保険サービスの質の向上 (P42)

(介護保険サービスの提供体制の整備 第5章)

- 高齢者が安心して、自立した日常生活を営むことができるよう、質の高いサービスの提供を確保します。
- 高齢者を支える介護従事者の確保を図るため、介護人材の育成・支援を行います。

【取組】

- 介護サービス事業者への支援・指導
- 苦情・相談体制の整備
- 介護サービス事業者研修の実施
- 介護従事者の研修機会の確保・支援
- 高校生の介護体験・研修の実施

**重点10** 介護予防・生活支援サービス事業の実施（P54）  
（健康づくりと介護予防の推進 第7章）

- 介護予防・生活支援サービスについて、利用状況や効果等を分析し、必要に応じた改正を行う等、地域のニーズに合ったサービスの提供を行います。
- 要支援1、2に認定された方や要介護認定までは至らないが生活機能の低下が見られ基本チェックリスト等により介護予防・生活支援サービスの該当となった方（以下「事業対象者」という。）が要介護状態になることをできる限り防ぎ、地域における自立した日常生活を送ることができるよう、自立支援、介護予防、重度化防止に資する介護予防ケアマネジメントの実施に取り組みます。

【取組】

- 訪問型サービスA・通所型サービスAの提供
- その他の介護予防・生活支援サービスの検討
- 介護予防・自立支援型個別ケア会議等を通じた介護予防ケアマネジメントの強化

**重点11** 一般介護予防事業の実施（P55）  
（健康づくりと介護予防の推進 第7章）

- 高齢者を含めた地域住民が介護予防の重要性についての理解を深めるために介護予防普及啓発事業を推進します。
- 住民主体の通いの場等への専門職の関与による効果的な介護予防の取組を推進します。
- 高齢者の保健事業と介護予防事業を一体的に実施する等、介護予防を推進します。

【取組】

- 介護予防普及教室や出前講座の実施
- 介護予防手帳の作成、活用
- 地域のリハビリテーション専門職を活用した介護予防活動支援の推進
- 高齢者の保健と介護予防事業の一体的実施

## 6 日常生活圏域の設定

日常生活圏域とは、「市町村が、その住民が日常生活を営んでいる地域として、地理的条件、人口、交通事情その他の社会的条件、介護給付等対象サービスを提供するための施設の整備の状況その他の条件を総合的に勘案して定める区域」であり、地域包括ケアシステムの基礎となる区域です。

本市では、日常生活圏域を3圏域と定め、身近な地域で相談や支援、介護サービスが適切に受けられるよう、それぞれの圏域に地域包括支援センターを設置しています。

第8期計画期間中においては、地理的条件、人口、交通事情その他の社会的条件などを総合的に勘案し、これまでと同様に3圏域としますが、将来的に高齢者人口の推移や社会情勢の動向等を踏まえ、日常生活圏域のあり方について検討します。

また、この日常生活圏域を基本に介護保険の地域密着型サービスの提供基盤を整備するとともに、その他の保健・福祉サービスなどについても、住み慣れた地域で切れ目なく提供できるよう推進します。

表 日常生活圏域

日常生活圏域名	対象となる町名
登別東部	カルルス町、上登別町、登別温泉町、中登別町、登別東町、登別本町、登別港町、札内町、富浦町、新栄町、幸町、千歳町、幌別町、来馬町、常盤町、中央町
登別中部	柏木町、富士町、片倉町、新川町、鉢山町、桜木町、川上町、青葉町、緑町、大和町、若山町、富岸町
登別西部	新生町、栄町、若草町、鷺別町、美園町、上鷺別町

表 地域包括支援センター担当圏域

地域包括支援センターが担当する日常生活圏域	登別西部	登別中部	登別東部
人口	17,767人	16,395人	12,858人
65歳以上人口	6,664人	5,566人	4,957人
高齢化率	37.5%	33.9%	38.6%

※人口：2020年（令和2年）8月末現在

## 第4章 地域包括ケアシステムの深化・推進

団塊の世代のすべてが75歳以上となる2025年（令和7年）までに高齢者が可能な限り住み慣れた地域で自立した日常生活を継続することができるよう、医療・介護・介護予防・住まい・生活支援サービスを一体的に提供される地域包括ケアシステムを深化・推進するために、大きな柱として「自立支援、介護予防・重度化防止の推進」、「認知症施策の推進」を据え、「在宅医療・介護連携の推進」、「地域ケア会議の推進」、「地域包括支援センターの適切な運営」、「生活支援サービスの充実」、「虐待防止・権利擁護の推進」を重点項目として、施策の充実、強化に取り組みます。

### 1 自立支援、介護予防・重度化防止の推進 **重点1**

今後、高齢化がさらに進展していく中でも、地域包括ケアシステムの理念を堅持し、高齢者の自立支援や介護予防、重度化防止といった取組を進めるため、市は保険者としての機能強化が求められています。

そのため、データに基づいて地域の課題を分析し、高齢者が自身の持つ能力に応じ、自立した生活を維持していくことができるよう保険者機能強化推進交付金等を活用して、一般介護予防事業をはじめとする地域支援事業の充実を図り、PDCAサイクルによる分析・評価を実施するなど、保険者機能の強化に努めます。

また、自立支援、介護予防・重度化防止の観点から、要介護状態となっても、進んでリハビリテーションその他の適正な保健医療サービスや福祉サービスを利用することにより、心身機能の維持向上に努めることが重要であるため、医療保険で実施する急性期・回復期リハビリテーションから、介護保険で実施する生活期リハビリテーションへと切れ目のないリハビリテーションが適切に提供されるよう医師会や北海道等の関係機関と連携し、地域のリハビリテーション体制の充実に向けた取組を進めます。

なお、これまで要支援1及び要支援2と認定された方や事業対象者のみの利用とされていた介護予防・生活支援サービス事業について、要介護高齢者も利用することが可能になることから、今後の方向性について検討します。

表 自立支援、介護予防・重度化防止の推進に向けた主な取組

No.	事業	内容
1	地域リハビリテーション活動推進事業	<ul style="list-style-type: none"> <li>○地域リハビリテーションを推進するために、関係機関との研修会の開催などに取り組みます。</li> <li>○住民主体の通いの場支援として、地域のリハビリテーション専門職を派遣します。</li> </ul>
2	切れ目のないリハビリテーションの提供体制の充実	<ul style="list-style-type: none"> <li>○西胆振りハビリテーション推進会議等に参加し、地域のリハビリテーション提供体制の充実に向けた検討を行います。</li> </ul>
3	高齢者保健と介護予防の一体的実施事業	<ul style="list-style-type: none"> <li>○80歳になる方のうち要介護認定を受けていない方及び一体的実施事業において、介護保険制度へのアウトリーチが必要と判断された方の実態把握を行います。</li> <li>○介護予防普及教室等の一般介護予防事業の場を活用し、高齢者保健と介護予防の一体的実施のポピュレーションアプローチを行います。</li> </ul>

No.	評価指標	実績値	目標値		
		令和元年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
1	リハビリテーション専門職を派遣した住民主体の通いの場の数	1箇所	7箇所	7箇所	7箇所
2	介護予防普及教室への参加延人数	314人	360人	400人	440人

## 2 在宅医療・介護連携の推進 **重点2**

高齢化が今後も進展し、医療と介護の両方を必要とする高齢者の増加が予想される中、重度の要介護状態になっても、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、在宅医療と介護を一体的に提供するために、国が示す「地域の医療・介護の資源の把握」、「在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討」、「切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築の推進」、「医療・介護関係者の情報共有の支援」、「在宅医療・介護連携に関する相談支援」、「医療・介護関係者の研修」、「地域住民への普及啓発」、「在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携」の8つの事業項目に基づき、取組を進めています。

今後もこれまで実施してきた「在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討」、「在宅医療・介護連携に関する相談支援」、「地域住民への普及啓発」などを継続して実施し、高齢者のニーズに基づいて、地域住民と医療・介護関係者とが地域のあるべき姿を共有し、主体的に課題解決を行い、切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の充実を図ります。

また、令和元年に国から示された「認知症施策推進大綱」に「医療・ケア・介護サービス・介護者への支援」が位置づけられており、認知症高齢者等の生活を地域で支えるためにも、在宅医療と介護の連携を推進します。

表 在宅医療・介護連携の推進の主要事業

No.	内 容	
1	在宅医療・介護連携の課題抽出と対応の協議	○地域の医療従事者や介護関係者、消防、行政等が参画する在宅医療・介護連携推進会議を継続的に開催し、在宅医療・介護連携における課題の抽出やその対応策などを協議します。
2	地域住民への普及啓発	○地域住民が在宅医療や介護について理解し、在宅での療養が必要になったときに必要なサービスを適切に選択できるよう市民講演会の開催等により、理解の促進を図ります。 ○市民が適切な在宅療養を選択し、継続することができるように人生の最終段階におけるケアのあり方や在宅での看取りに関する周知普及を推進します。
3	在宅医療・介護連携に関する相談支援	○在宅医療と介護の連携を支援するための相談窓口機能を地域包括支援センターに置き、地域の医療・介護関係者等からの相談に対し、連絡調整、情報提供を行うなどの支援をします。

No.	事業	内容
4	医療・介護関係者の情報共有の支援	○患者・利用者の心身の状態の変化等に速やかに対応し、医療と介護の両方を必要とする在宅生活高齢者を支えるため、地域の医療・介護関係者での情報共有ツールを活用した研修会の実施等、顔の見える連携体制づくりを支援します。
5	在宅医療・介護関係者の研修	○地域の医療・介護関係者の連携を推進するために多職種でのグループワーク等を取り入れた研修会を実施します。 ○医療・介護関係者のニーズの把握に努めるとともに、認知症施策や地域ケア会議等、他の地域支援事業に基づく事業と連携するなど、効果的かつ効率的に開催します。
6	切れ目のない在宅医療・介護の提供体制の充実	○室蘭市医師会との連携により、訪問診療に対応する医療機関と訪問看護ステーションとの協力体制や主治医・副主治医制の体制構築等、医療と介護が一体的に提供される体制の構築を目指します。 ○近年の災害や感染症の流行を踏まえ、救急時・災害時においても継続的なサービス提供を維持するため、関係者の連携体制等について検討します。 ○西胆振りハビリテーション推進会議等に参加し、地域のリハビリテーション提供体制の構築に向けた検討を行います。

No.	評価指標	実績値	目標値		
		令和元年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
1	在宅医療・介護連携に関する市民講演会の開催回数	1回	1回	1回	1回
2	在宅医療・介護関係者の研修の開催回数	1回	1回	1回	1回

### 3 認知症施策の推進 **重点3**

75歳以上の後期高齢者が今後も増え続け、認知症高齢者はさらに増加すると予測しています。認知症は誰もがなりうるものであり、多くの方にとって身近なものになっていることを正しく理解し、認知症の発症を遅らせ、認知症になっても希望を持って日常生活を過ごせる社会を目指し、認知症の方や家族の視点を重視しながら、「共生」社会の実現を目指し、「認知症バリアフリー」のまちづくりを推進します。

また、認知症の発症を遅らせる可能性がある知識の普及や通いの場における活動の推進等、「認知症予防」に資する取組を推進するとともに、地域包括支援センター、認知症地域支援推進員、認知症疾患医療センター、認知症初期集中支援チーム、かかりつけ医等の連携強化により、認知機能低下がある方の早期発見・早期対応や認知症の方とその家族に対する速やかな支援を行うことができるよう更なる質の向上等、支援体制の充実に努めます。

なお、「共生」と「予防」を両輪とした認知症施策の推進を基本的な考えとする「認知症施策推進大綱」が令和元年に国から示されたことを受け、第8期計画期間中に本市が取り組む認知症施策についても「認知症施策推進大綱」に沿った5項目の主要事業に位置付けます。

表 認知症施策の推進の主要事業

No.	事業	内容
1	認知症に関する理解促進	<ul style="list-style-type: none"> <li>○認知症サポーターの養成を引き続き推進します。特に職域や企業での養成講座の実施や、人格形成の重要な時期である小中学生のキッズサポーター養成に取り組みます。</li> <li>○認知症サポーターでさらに知識を深めたい方を対象にステップアップ講座を開催するとともに、受講者が地域でボランティアとして活躍できるよう活動の支援を行います。</li> <li>○世界アルツハイマーデー（毎年9月21日）及び月間（毎年9月）の機会をとらえ、普及啓発イベントを開催します。</li> </ul>
2	相談先の周知	<ul style="list-style-type: none"> <li>○「認知症あんしんガイドブック（認知症ケアパス）」を積極的に活用し、いつ、どこに相談したらよいかなど、認知症に関する相談機関や医療機関等の周知を行います。</li> <li>○認知症地域支援推進員の活動周知に努めるとともに、認知症高齢者等やその家族の相談支援、関係機関への連絡・調整等の活動を推進します。</li> </ul>

No.	事業	内容
3	認知症予防に資する可能性のある活動の推進	<ul style="list-style-type: none"> <li>○運動不足の改善、社会参加による社会的孤立の解消を図るため、地域で高齢者が身近に通える場等の拡充に努めます。</li> <li>○一般介護予防事業や高齢者の保健と介護予防の一体的実施と連携した認知症予防に取り組みます。</li> </ul>
4	早期発見・早期対応に向けた取組と相談体制の強化	<ul style="list-style-type: none"> <li>○認知症地域支援推進員が認知症疾患医療センター等と連携し、軽度認知障害（MCI）と診断された方への早期対応に取り組みます。</li> <li>○認知症初期集中支援チームが認知症の方への早期支援を包括的・集中的に行い、認知症高齢者等とその家族を支援します。</li> <li>○地域包括支援センター・認知症疾患医療センター・認知症初期集中支援チーム等、関係機関の連携体制の強化を図ります。</li> </ul>
5	医療・ケア・介護サービス・介護者への支援	<ul style="list-style-type: none"> <li>○認知症初期集中支援チームが、社会から孤立している方への対応も含め、適切な医療・介護サービスにつなげる支援を行います。</li> <li>○行方不明となった認知症高齢者等の家族の精神的負担を軽減するため、はいかい高齢者等SOSネットワーク事業を行うとともに、協力機関の拡充を図り、地域の見守り機能の強化を推進します。</li> <li>○認知症カフェやチームオレンジ等の拠点の拡充に努め、その利用者の相談に認知症地域支援推進員が対応します。</li> <li>○研修会の実施等、医療従事者等の認知症対応力向上の促進に努めます。</li> </ul>

No.	評価指標	実績値	目標値		
		令和元年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
1	認知症サポーター養成数（累積）	8,029人	9,500人	10,300人	11,000人
2	ステップアップ講座の開催回数	1回	1回	2回	3回
3	認知症カフェの数	1箇所	2箇所	3箇所	3箇所
4	認知症初期集中支援チームの新規支援数	21人	25人	25人	25人

## 4 地域ケア会議の推進 **重点4**

本市では、地域包括ケアシステムを実現する手段として、高齢者個人に対する支援の充実とそれを支える地域社会の基盤整備を同時に進めていくことを目的に地域ケア会議を開催しています。

地域ケア会議には、個別事例の課題検討を行う「個別ケア会議」、「介護予防・自立支援型個別ケア会議」、個別ケア会議等の積み重ねにより明らかになった地域に共通する課題の解決策等について話し合う「地域課題解決型ケア会議」、さらに地域課題を市全体の課題として政策に反映させる「政策形成型地域ケア推進会議」があります。

高齢者本人や家族、民生委員・児童委員や町内会等の地域の支援者を含めた医療・介護・福祉・保健等の多職種のネットワーク形成と生活支援体制整備事業とも連動した自助・互助・共助・公助を組み合わせた多様な社会資源の総合調整により、高齢者が地域において自立した日常生活を営むことができるよう、地域ケア会議の活用を推進します。

### ◆地域ケア会議の機能

機能	内容
①個別課題解決機能	多機関・多職種が多様な視点から検討を行うことにより、高齢者の課題解決を支援するとともに、介護支援専門員（以下「ケアマネジャー」という。）の自立支援に資するケアマネジメント力を高める。
②ネットワーク構築機能	高齢者の実態把握や課題解決を図るため、地域の関係機関等の相互の連携を高め地域包括支援ネットワークを構築する。
③地域課題発見機能	個別ケースの課題分析等を積み重ねることにより、地域に共通した課題を浮き彫りにする。
④地域づくり・資源開発機能	地域見守りネットワークやインフォーマルサービスなど、地域に必要な資源を開発する。
⑤政策形成機能	地域に必要な取組を明らかにし、政策を立案・提言する。

表 地域ケア会議の推進の主要事業

No.	事業	内容
1	個別ケア会議	○多くの高齢者が地域で安心して暮らせるよう、ケアマネジメントを担うケアマネジャーに、個別ケア会議の活用を勧め、地域課題の見える化とネットワークの活用につなげます。
2	介護予防・自立支援型個別ケア会議	○介護予防・自立支援型個別ケア会議を活用し多職種の専門職から助言を得ることで、介護予防に資するケアプラン作成とそのケアプランに則したケア等の提供を支援し、高齢者のQOL向上の実現を目指します。
3	地域課題解決型ケア会議	○個別事例による地域ケア会議において把握した地域課題の解決に向けた地域活動や地域の見守りネットワーク、インフォーマルサービスの発掘、開発など、自助・互助を中心とした地域に必要なと考えられる資源の検討を行います。
4	政策形成型地域ケア推進会議	○日常生活圏域ごとの課題を集約し、医療・介護・福祉・保健等の関係機関や地域住民等で構成する全市的な会議を開催し、必要な施策等について検討します。

No.	評価指標	実績値	目標値		
		令和元年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
1	個別ケア会議の検討件数	13件	13件	14件	15件
2	介護予防・自立支援型個別ケア会議の検討件数	6件	8件	12件	15件
3	地域課題解決型ケア会議の開催回数	4回	9回	9回	9回
4	政策形成型地域ケア推進会議の開催回数	—	1回	1回	1回

## 5 地域包括支援センターの適切な運営 **重点5**

本市では、保健師、主任介護支援専門員、社会福祉士等がチームとして各々の専門知識を活かし、総合相談支援業務や権利擁護業務、包括的・継続的ケアマネジメント支援業務等を行うため市内3箇所に地域包括支援センターを設置しています。

地域包括支援センターは、利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立ち、利用者に提供される介護予防サービス等が特定の種類や特定のサービス事業者に偏ることなく、公正で中立性が確保された事業運営を推進しています。

また、要支援1・要支援2と認定された方等の介護予防ケアマネジメント業務を行うことや認知症高齢者への総合的な支援体制の構築と認知症のケア向上に向けた取組も推進しています。

なお、地域包括支援センターの機能評価は国が定める全国一律の評価指標に基づいて行うこととされており、地域包括支援センター運営協議会において適切な運営や機能評価等について協議しています。

高齢者から寄せられる相談は単なる介護サービスの利用に限らず、いわゆる「8050問題」や「ダブルケア」等、複雑化、多様化していることから、今後、市の関係グループで連携し、さまざまな支援ニーズに対応できる体制の検討を行います。

表 地域包括支援センターの適切な運営の主要事業

No.	事業	内容
1	総合相談支援業務	○高齢者の総合相談窓口として、支援を必要とする高齢者に広い視点で対応するため適切な機関と連携するなど、センターが持つ機能を活かした支援を行います。
2	権利擁護業務	○一人暮らしの高齢者や高齢者のみの世帯、認知症等による判断能力の低下等が見られる高齢者等の権利擁護の周知啓発を実施するとともに、地域のネットワークを強化し、高齢者虐待や消費者被害の未然防止・早期発見に取り組みます。
3	包括的・継続的ケアマネジメント支援業務	○ケアマネジャーが作成するケアプランへの助言や相談等による後方支援の実施のほか、研修会や情報交換会の開催により、自立支援に資する適切なケアマネジメントの作成を支援します。 ○ケアマネジャーが地域ケア会議を積極的に活用することで、地域との協力体制の強化を図るとともに個別課題から地域の共通課題を見出すことができるよう支援します。

No.	事業	内容
4	介護予防ケアマネジメント業務	○要支援1・要支援2と認定された方と事業対象者が、安心してその人らしい生活を継続できるよう介護予防・自立支援型個別ケア会議を積極的に活用するなど、総合的な視点で支援のあり方を検討し、高齢者の自立に資する介護予防ケアマネジメントを行います。
5	認知症施策の推進	○各地域包括支援センターに配置されている認知症地域支援推進員が中心となり、認知症サポーターが認知症カフェや認知症対応型共同生活介護事業所等でボランティア活動に参加できる仕組みづくりを行います。 ○認知症の予防と早期発見・早期対応のため、認知症疾患医療センター、かかりつけ医等と連携し、軽度認知障害（MCI）と診断された方への支援を行います。 ○認知症になっても住み慣れた地域でできる限り暮らしていただけるよう地域での見守り体制の強化を推進するとともに、認知症本人やその家族がいつでも気軽に集える交流拠点（チームオレンジ）について検討します。
6	地域包括支援センターの機能評価	○地域包括支援センターの適切かつ公正な事業運営の確保等を目的とし、地域包括支援センター運営協議会を設置し、適切な運営、機能評価の協議を行います。 ○地域包括支援センターと市は、全国一律の評価基準に基づいた機能評価を通じて、センター機能の強化、充実に努めます。

No.	評価指標	実績値	目標値		
		令和元年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
1	総合相談者数	4,131人	4,200人	4,300人	4,400人
2	高齢者の実態把握件数	—	600件	600件	600件

## 6 生活支援サービスの充実 **重点6**

一人暮らしの高齢者や高齢者のみの世帯、認知症高齢者が増加する中、地域において、自分らしく日常生活を送るためには、介護保険サービスの利用だけでなく、町内会や老人クラブ、民間企業、社会福祉協議会、シルバー人材センター、ボランティア等が行う多様な支援や民間サービスの利用も大切です。

市では、高齢者の生活支援サービスを充実させるため、地域支え合い推進員（生活支援コーディネーター）を配置し、町内会や老人クラブ、サロン等で地域の支え合いについて考える出前講座の開催や「生活する上でのちょっとした困りごと」について、地域住民とその解決に向けて一緒に考える会議を行っているほか、日常生活に必要な民間サービスをまとめた『くらしあったか便利帳』の更新など、地域の実情に応じた支え合いの地域づくりの支援に引き続き取り組みます。

また、高齢者が支えられる側としてだけでなく、元気高齢者が地域で役割や生きがいを持って生活することが介護予防にも繋がります。高齢者が地域の支え合いの担い手として活躍でき、誰もが役割と生きがいを持てる支え合いの地域づくりに参画できるよう支援を行い、地域資源の掘り起こしやサービスを創出し、住民ニーズとのマッチングに取り組みます。

表 生活支援サービスの充実の主要事業

No.	事業	内容
1	地域支え合い推進員(生活支援コーディネーター)と協議体による一体的な取組	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ボランティア、民間企業、社会福祉法人などの多様な事業主体による生活支援サービスの提供体制の強化に努めます。</li> <li>○住民主体の通いの場と連携し、生活支援体制の整備を行います。</li> <li>○元気高齢者等が生活支援サービスの担い手として活躍できる取組を推進します。</li> </ul>

No.	評価指標	実績値	目標値		
		令和元年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
1	協議体会議の開催回数	2回	3回	3回	3回
2	生活支援サービスの担い手の働きかけを実施した団体数	—	3団体	3団体	3団体

## 7 虐待防止・権利擁護の推進 **重点7**

「高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律」に基づき、高齢者が尊厳を保持しながら安心して生活を送ることができるよう、地域包括支援センターなど関係機関との緊密な連携のもと、虐待を受けた高齢者に対し迅速かつ適切な対応を行います。

また、高齢者虐待は、暴力行為だけではなく、親族による金銭搾取や放任など複雑な家庭環境に起因するケースも増加していることから、他のグループや関係者等と連携し、高齢者虐待の早期解決に努めます。

今後、後期高齢者の増加とともに各種契約や金銭・財産管理が困難な認知症高齢者の増加が見込まれることから、判断能力が低下した場合でも安心して生活できるよう権利擁護事業の推進に努めます。

表 虐待防止・権利擁護の推進の主要事業

No.	事業	内容
1	高齢者の虐待防止対策の充実	○虐待防止に関する市民周知を図ります。 ○介護サービス事業者へ、虐待に関する研修会を実施します。 ○関係機関とのネットワークにより、迅速な対応と適切な支援に努めます。
2	権利擁護の推進	○成年後見支援センターの出前講座等で成年後見制度の普及に努めます。 ○地域住民が支援を行う「市民後見人」の育成に努めます。
3	成年後見制度の利用促進	○身寄りがないなどの理由で審判の申立てができず、成年後見制度が必要と認められる場合は、市長申立てを行います。 ○後見人等へ支払う報酬金の負担が困難な方に対して、費用を助成します。
4	高齢者の生活安全	○消費者被害や詐欺行為等を防止するため、啓発を図るとともに、関係機関との連携を強化します。

No.	評価指標	実績値	目標値		
		令和元年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
1	高齢者虐待に関する研修会・勉強会の開催	3回	3回	3回	3回
2	成年後見制度の普及啓発に関する研修会等	4回	5回	5回	5回

## 第5章 介護保険サービスの提供体制の整備

高齢者が住み慣れた自宅や地域で安心して暮らせるよう「介護保険制度の運営」、「介護保険サービスの質の向上」により、必要な介護保険サービスを提供できる体制を整備します。

### 1 介護保険制度の円滑な運営 **重点8**

#### (1) 介護保険制度の普及啓発

高齢者やその家族が介護保険制度に対する理解や認識を深めることは、サービスの円滑な利用や介護保険の安定的な運営の基本となります。

そのため、広報紙、ホームページ、パンフレットなどにより、介護保険制度に関する情報を提供するとともに、各種行事や出前講座などを通して制度の普及啓発を積極的に行います。

また、要介護（要支援）認定者等に対し、利用者が介護保険サービスの選択ができるよう、厚生労働省が運用している介護サービス情報公表システムの周知に努めます。

#### (2) 介護保険サービスの基盤整備

高齢者が、介護が必要になっても可能な限り住み慣れた地域で安心して生活を継続できるようにするため、在宅で受けられるサービスの充実・強化に取り組みます。

第8期計画期間中のサービスの整備予定につきましては、在宅介護実態調査やケアマネジャーからの聞き取り調査の結果、新たなサービスに対するニーズがなかったことや、今後の要介護（要支援）認定者の大幅な増加が見込まれないこと、介護従事者の担い手が減少していくこと等を勘案し、新たな地域密着型サービスの整備は行わないこととしました。なお、今後の利用状況を踏まえ、第9期計画以降、必要に応じ検討します。

また、高齢者の在宅生活継続のために必要な介護保険サービスの利用の促進や、質の向上に努めます。

ア 施設・居住系サービス

<p>介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム） * 地域密着型介護老人福祉施設を含む</p>	<p>○身体上・精神上著しい障害があるため常時介護を必要とし、在宅介護が困難な要介護者が入所する施設です。 入浴や排泄、食事等の介護といった日常生活上の世話、機能訓練、健康管理、療養上の世話を行います。</p> <p>○施設数 介護老人福祉施設 2 施設（定員 計 200 人） 地域密着型介護老人福祉施設 1 施設（定員 29 人）</p> <p>○第 8 期計画期間中に 5 床増床予定</p>
<p>介護老人保健施設</p>	<p>○病状が安定期にある要介護者が入所する施設です。 看護や医学的管理下での介護、日常生活上の世話等を行います。</p> <p>○施設数 1 施設（定員 100 人） 理学療法士 4 名 作業療法士 2 名</p> <p>○第 7 期計画期間中に 1 施設の整備を計画していましたが、事業者の都合により整備を見送ることとなりました。</p>
<p>介護医療院</p>	<p>○要介護者であって、主として長期にわたり療養が必要な方が入所する施設です。 療養上の管理、看護、医学的管理下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話を行います。</p> <p>○施設数 0 施設</p> <p>○第 8 期計画期間中に新規開設（96 床）予定</p>

イ 居宅サービス

<p>特定施設入居者生活介護</p>	<p>○介護サービスの提供が可能な有料老人ホーム等で、食事・入浴など日常生活の介護や機能訓練が受けられます。</p> <p>○施設数 4 施設（定員 計 202 人） 市内指定施設：養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅</p>
<p>訪問介護</p>	<p>○ホームヘルパーが利用者の自宅を訪問して、入浴・排泄・食事等の介護（身体介護）や、調理・洗濯・掃除等の家事（生活援助）等必要な日常生活の世話を行います。</p> <p>○事業所数 7 事業所</p>
<p>訪問入浴介護（介護予防訪問入浴介護）</p>	<p>○自宅に浴槽を持ち込んでもらい、入浴の介助を受けます。</p> <p>○事業所数 0 事業所</p> <p>○現在利用希望者は、室蘭市の事業所を利用</p>
<p>訪問看護（介護予防訪問看護）</p>	<p>○主治医の判断に基づき、訪問看護ステーションや診療所から保健師や看護師が自宅を訪問し、病状の観察や床ずれの手当て、点滴の管理等を行います。</p> <p>○事業所数 5 事業所</p>

第5章 介護保険サービスの提供体制の整備

訪問リハビリテーション (介護予防訪問リハビリテーション)	<p>○理学療法士や作業療法士が自宅を訪問して、主治医の指導に基づき、心身機能の維持回復、日常生活の自立を目指したりハビリテーションを行います。</p> <p>○事業所数 2事業所 理学療法士1名 作業療法士2名 言語聴覚士1名</p>
居宅療養管理指導 (介護予防居宅療養管理指導)	<p>○通院が困難な利用者に対し、医師、歯科医師、薬剤師等が自宅を訪問し、薬の飲み方、食事など療養上の管理・指導を行います。</p> <p>○事業所数 3事業所</p>
通所リハビリテーション (介護予防通所リハビリテーション)	<p>○介護老人保健施設や病院・診療所へ通所し、心身の機能の維持・回復を図り、日常生活の自立を目指したりハビリを行います。</p> <p>○事業所数 4事業所(定員 計10名) 理学療法士6名 作業療法士5名 言語聴覚士0名</p>
通所介護	<p>○デイサービスセンターで、食事・入浴などの介護や機能訓練、レクリエーションなどを行います。</p> <p>○事業所数 8事業所</p>
短期入所生活介護 (介護予防短期入所生活介護)	<p>○介護老人福祉施設などに短期入所して、食事・入浴などの介護や機能訓練を行います。</p> <p>○事業所数 3事業所</p>
短期入所療養介護 (介護予防短期入所療養介護)	<p>○介護老人保健施設などに短期入所して、医療によるケアや介護、機能訓練などを行います。</p> <p>○事業所数 1事業所 理学療法士4名 作業療法士2名</p>
福祉用具貸与 (介護予防福祉用具貸与)	<p>○心身の機能が低下し、日常生活に支障のある利用者に福祉用具の貸出を行います。</p> <p>○事業所数 2事業所</p>
特定福祉用具購入 (特定介護予防福祉用具購入)	<p>○福祉用具のうち、貸与になじまない入浴・排泄などに供する福祉用具等の購入費を負担割合に応じて支給します。</p> <p>○事業所数 2事業所</p>
住宅改修 (介護予防住宅改修)	<p>○在宅生活での安全確保を目的として身体機能の状態に合わせた手すりの設置や段差の解消等に要する住宅改修費を負担割合に応じて支給します。</p>

ウ 地域密着型サービス

<p>認知症対応型 共同生活介護 （介護予防認 知症対応型共 同生活介護）</p>	<p>○認知症と診断された高齢者が共同で生活できる場（住居）で、食事・入浴などの介護や支援、機能訓練が受けられます。 ○施設数 7施設（定員 計117人）</p>
<p>小規模多機能 型居宅介護 （介護予防小 規模多機能型 居宅介護）</p>	<p>○通いを中心として、要介護者の様態や希望に応じて、随時訪問や宿泊を組み合わせてサービスを提供することで、居宅における生活の継続を支援するサービスです。 ○事業所数 2事業所（定員 計58人） ○第7期計画期間中に新たに登別中部（柏木町）に1箇所の整備を行いました。</p>
<p>定期巡回・随 時対応型訪問 介護看護</p>	<p>○密接に連携をとっている介護職員と看護師の定期的な訪問を受けられます。また、通報や電話などを行うことで、随時対応も受けられます。 ○事業所数 0事業所</p>
<p>夜間対応型訪 問介護</p>	<p>○夜間に定期的な巡回で介護を受けられる訪問介護、緊急時など、利用者の求めに応じて介護を受けられる随時対応の訪問介護などがあります。 ○事業所数 0事業所</p>
<p>認知症対応型 通所介護 （介護予防認 知症対応型通 所介護）</p>	<p>○認知症と診断をされた方を対象に、食事・入浴などの介護や支援、機能訓練を受けられます。 ○事業所数 0事業所</p>
<p>看護小規模多 機能型居宅介 護 （複合型サー ビス）</p>	<p>○利用者の状況に応じて、小規模な住居型の施設への「通い」、自宅に来てもらう「訪問」（介護と看護）、施設に「泊まる」サービスが柔軟に受けられます。 ○事業所数 0事業所</p>
<p>地域密着型通 所介護</p>	<p>○定員18人以下の小規模な通所介護施設で、食事・入浴などの介護や機能訓練が受けられます。 ○事業所数 5事業所</p>

### (3) 介護給付の適正化

介護給付の適正化は、適切な要介護（要支援）認定を行った上で、利用者が真に必要とする過不足のないサービスを事業者が適切に提供するように促すことです。

これまで、北海道と保険者が一体となりその推進に取り組んでおり、本市では、費用的な効果が最も見込まれる3事業に重点を置き、取り組めます。

表 介護給付の適正化の主要事業

No.	事業	内容
1	要介護（要支援）認定の適正化	<p>（内容・実施方法）</p> <p>要介護（要支援）認定に係る認定調査の内容について、市職員が訪問又は書面等の審査を通じて点検を行います。</p> <p>（目標）</p> <p>市職員が認定調査の内容を全件確認、点検することにより、適切かつ公平な要介護認定の確保を図ります。</p>
2	ケアプラン点検	<p>（内容・実施方法）</p> <p>ケアマネジャーが作成した居宅介護サービス計画、介護予防サービス計画等の記載内容について、事業者に資料提出を求め、訪問・面談を行い、点検及び支援を行います。</p> <p>（目標）</p> <p>ケアプラン点検で、ケアマネジャーの「気づき」を促すことにより、「自立支援に資するケアマネジメント」の実践に向けた取組の支援を目指します。また、個々の受給者が真に必要なサービスを確保するとともに、その状態に適合していないサービス提供を改善します。点検数としては、年間2～3事業所を対象とし、そこに勤務する全ケアマネジャーのケアプラン点検を行います。</p>

No.	事業	内容
3	縦覧点検、医療情報との突合	<p>○縦覧点検 （内容・実施方法） 受給者ごとに介護報酬の支払い状況を確認し、提供されたサービスの整合性、算定回数・算定日数等の点検を行います。 （目標） 点検を行うことにより、請求内容の誤り等を早期に発見して適切な処置を行います。</p> <p>○医療情報との突合 （内容・実施方法） 受給者の後期高齢者医療や国民健康保険の入院情報と介護保険の給付情報を突合し、サービスの整合性の点検を行います。 （目標） 医療と介護の重複請求の排除を図ります。</p>

No.	評価指標	実績値	目標値		
		令和元年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
1	認定調査・点検実施率	100%	100%	100%	100%
2	ケアプラン点検及び面談	3事業所 （5件）	2事業所 （5件）	2事業所 （5件）	3事業所 （5件）

#### （4）介護保険料の収納率向上

介護保険料の確実な収納は、制度運営の根幹をなすものであり、被保険者の負担の公平性の観点からも重要です。

そのため、制度の趣旨や内容の周知、納付相談の実施、口座振替の推進などにより自主納付意識を高めるとともに、滞納者については、生活実態や滞納原因を十分に把握しながら収納対策に取り組み、収納率の向上を図ります。

## 2 介護保険サービスの質の向上 **重点9**

### (1) 介護サービス事業者への支援・指導

利用者の自立支援や高齢者の虐待防止、身体拘束の廃止など、サービスの質の確保・向上を目的とし、利用者へ適切なサービスが提供されるよう事業者への指導・助言を行います。

また、事業者の業務効率化の観点から、各種届出等の文書作成に係る負担軽減を図るため、国から示された方針に基づき、申請様式・添付書類や手続きに関する簡素化、様式例の活用による標準化及びICT等の活用を進めていきます。

### (2) 介護従事者の人材確保・育成

介護を担う人材の不足が介護現場等において全国的な問題となっておりますが、本市においては、介護サービス事業者調査で、介護現場におけるほとんどの職種において、職員数は適当との回答が得られ、職員の定着率についても良い傾向にあります。しかしながら、今後、更なる高齢化が進むことが予測される中、介護サービスの利用も増加することが考えられ、介護人材の確保に向けた取組を行っていく必要があります。

そのため、介護従事者の人材の確保や育成について、北海道等と連携し各種研修等事業の周知啓発を行い、離職防止・定着促進に努めます。また、介護サービス事業者等と連携し市民を対象とした各種研修などを実施します。

### (3) 苦情・相談体制の整備

被保険者が適切かつ円滑にサービスを利用することができるよう、相談や苦情に対し地域包括支援センターなどの関係機関と連携を図り、迅速に対応します。

また、介護保険制度における苦情処理機関として位置づけられている国民健康保険団体連合会や北海道と連携し、事業者への指導・助言を行います。

## 第6章 暮らしを支える施策の推進

高齢者が自らのニーズに応じた生活を送ることができるよう、「地域福祉活動の推進」、「自立した在宅生活の支援」、「多様な住まいの確保」により、在宅生活を支援します。

### 1 地域福祉活動の推進

今後増加する一人暮らしの高齢者や高齢者のみの世帯などが、住み慣れた地域で安心して生活していくためには、地域における見守りなどの地域福祉活動による支え合いが大切です。

今後についても、「登別市地域福祉計画」に基づき、地域でのサロン活動など市民や社会福祉協議会、関係団体などとの連携による地域福祉活動を推進します。

また、高齢者自身が地域貢献につながる活動などに参加することで、地域の担い手となるよう支援します。

#### (1) 高齢者の見守り体制づくり

表 高齢者の見守り体制づくりの主要事業

No.	事業	内容
1	民生委員・児童委員活動	○訪問調査の実施により生活状況を把握し、福祉サービスに関する情報提供・利用援助や定期的な見守りを行います。
2	高齢者等緊急通報機器設置事業	○慢性疾患等により、常時注意が必要な一人暮らしの高齢者等に緊急通報機器を貸与し、日常生活の不安解消や人命の安全確保を図ります。
3	ふれあいいきいきサロン活動推進事業 (社会福祉協議会)	○地域で生活している高齢者等と地域住民が気軽に集まり、相互に支え合い、楽しみながらふれあうことによる、生きがいつくり・仲間づくりを図ると同時に、地域の介護予防の拠点として心身機能の維持向上を図り、地域福祉の推進に資することを目的に事業を推進します。 ○介護予防や気づきの視点を持ちながらサロンの主体的な運営を行う人材(サロンサポーター)の育成を行い、住民相互の支え合いや包括的支援に繋げるとともに、これからの地域福祉を担う人材を育成します。 ○ふれあい・いきいきサロンの活動支援(助成金の支援)やサロンサポーター連絡会の定期開催等により、活動の円滑化と担い手同士のネットワーク構築を支援します。

No.	事業	内容
4	<p>小地域ネットワーク活動推進事業 (社会福祉協議会)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○町内会等の小地域を基盤として、住民の主体的な参加により同じ地域の中で支えが必要な方々の生活を見守り、互いの支え合い・助け合い活動を推進します。</li> <li>○町内会単位でそれぞれの地域事情に即した援助活動を出発点に、地域全体をつなぐネットワーク活動へと発展させることによって「福祉のまちづくり」を地域住民全体で推進していくことを目指します。</li> <li>○「きずな安心キット」と「きずなづくり台帳」を活用し、災害や緊急時を意識した平時からの見守り支え合い活動の充実・強化を図ります。</li> <li>○町内会をはじめ、民生委員・児童委員、市などの関係機関・団体との連携・強化を図り、全市展開に向けた取組を行います。</li> <li>○台帳更新の取組強化や災害時の緊急連絡体制の整備強化、台帳継続更新の強化及び支え合いマップづくりの実施を進め、平常時の取組が災害時にも活かせる支援体制づくりの強化を進めます。</li> </ul>
5	<p>ボランティア活動支援事業 (社会福祉協議会)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○高齢化に伴う福祉・介護の課題に対応していくため、地域や関係機関等と連携し、誰もが気軽にボランティア活動に参加できるような体制づくりを進めます。</li> <li>○社会福祉協議会が運営するボランティアセンターでは、ボランティア活動の推進強化を図るため、ボランティアコーディネーター(専門職)を配置し、情報の発信や活動のコーディネート業務、ボランティアに関する教育・研修の場の提供などを行います。</li> <li>○ボランティアコーディネーターの更なる資質向上を図り、コーディネート業務(相談及び活動調整)の強化に取り組み、人同士や地域をつなぎます。</li> </ul>

## (2) 地域福祉推進体制の充実と活用

表 地域福祉推進体制の充実と活用の主要事業

No.	事業	内容
1	小地域ネットワーク活動 推進事業	<p>○町内会等の小地域を基盤として、住民の主体的な参加により同じ地域の中で支えが必要な方々の生活を見守り、互いの支え合い・助け合い活動を推進します。</p> <p>○町内会単位でそれぞれの地域事情に即した援助活動を出発点に、地域全体をつなぐネットワーク活動へと発展させることによって「福祉のまちづくり」を地域住民全体で推進していくことを目指します。</p> <p>○「きずな安心キット」と「きずなづくり台帳」を活用し、災害や緊急時を意識した平時からの見守り支え合い活動の充実・強化を図ります。</p> <p>○町内会をはじめ、民生委員・児童委員、市などの関係機関・団体との連携・強化を図り、全市展開に向けた取組を行います。</p> <p>○台帳更新の取組強化や災害時の緊急連絡体制の整備強化、台帳継続更新の強化及び支え合いマップづくりの実施を進め、平常時の取組が災害時にも活かせる支援体制づくりの強化を進めます。</p>
2	生活困窮者自立相談支援 事業	<p>○生活困窮者自立支援法に基づく自立相談支援事業において、生活に困窮する高齢者及び高齢者を含む世帯からの相談を受け、関係機関等と連携し自立に向けた包括的な支援を行います。</p> <p>○「ひきこもり」に悩むご家庭やご本人からの相談を受け、関係機関等と連携し自立に向けた支援や見守りを行います。</p>
3	生活支援体制整備事業	<p>○地域住民が世代を超えて、共に支え合う地域づくりを推進するために、地域における様々な課題等に対し取り組んでいけるよう、また、高齢者が生活支援の担い手やボランティア活動等を通じて社会参加ができるよう体制整備を行います。</p>

## 2 自立した在宅生活の支援

高齢者が、住み慣れた地域でいつまでも安心して暮らし続けることができるよう、今後も社会の動向、高齢者の状態やニーズに応じ、必要なサービスを提供します。

表 自立した在宅生活の支援の主要事業

No.	事業	内容
1	福祉用具貸与事業 (社会福祉協議会)	<ul style="list-style-type: none"> <li>○高齢者や障がい者等の在宅生活を支えるサービスの推進を目的に実施するとともに、市内介護事業所との連携強化を図ります。</li> <li>○介護保険等の公的制度に該当しない方や、旅行や外泊等、一時的に福祉用具が必要な方を対象に福祉用具の貸出しを行います。</li> </ul>
2	地域拠点丸ごと支え合い事業 (社会福祉協議会)	<ul style="list-style-type: none"> <li>○地域住民と関係機関・団体等の連携・協働により、商業施設等を拠点に高齢者や障がい者などを対象とした「居場所づくり」と「買物支援」を一体的に行います。</li> <li>○居場所づくりとして交流や健康づくり、福祉相談などを行い、買物支援として買物同行や補助、無料送迎を行うとともに、運営委員会等で協議された内容等を行います。</li> </ul>
3	地域の支え合いづくり創出事業 (社会福祉協議会)	<ul style="list-style-type: none"> <li>○小学校区等の範囲で取り組まれる生活支援活動の支援を行い、地域住民が互いに助け合い暮らし続けることができる地域づくりを進めます。</li> <li>○交通の不便を抱える地域では住民と社会福祉法人が連携した買い物支援、買い物に不便を抱える地域では住民同士の支え合いによる訪問型生活支援の各種事業を進めます。</li> <li>○小学校区ごとの地域福祉の拠点整備を進め、校区内の福祉活動の円滑な推進や一体的な活動の実施を図ります。</li> </ul>
4	鍵預かりサービス事業 (社会福祉協議会)	<ul style="list-style-type: none"> <li>○地域の一人暮らしの高齢者等の孤立死の防止を図り、住み慣れた家で安心して生活し続けることができるよう、社会福祉法人や福祉事業所等の地域貢献活動として協力を得た中で、鍵預かりサービス事業を展開し、利用者及び事業協力員の拡充を図ります。</li> <li>○対象者宅の鍵を預かり、協力福祉施設において鍵を保管することで、緊急時と判断された場合は、事業協力員が協力福祉施設へ鍵を取りに行くとともに、その鍵を使い、事業協力員や警察官等、複数人で家屋内に立ち入り安否確認等を行います。</li> </ul>

No.	事業	内容
5	生活あんしんサポートセンター事業 (社会福祉協議会)	<p>○地域住民から寄せられる生活困窮や引きこもり・孤立・権利侵害などの深刻な生活課題に対応する生活支援活動の強化を図るため、多様な課題に対応する専門職を配置し、生活あんしんサポートセンターを設置します。</p> <p>○心配ごと相談事業や生活支援事業の活用により支援を行うとともに、サポートセンターの周知及び出張相談体制の確立や生活困窮者自立支援事業との連携強化、民生委員・児童委員との連携強化により相談支援体制を構築します。</p>
6	日常生活自立支援事業 (社会福祉協議会)	<p>○認知症等により判断能力が不十分な方が地域で安心して生活できるように、福祉サービスの利用援助、日常の金銭管理及び書類の預かり等を支援します。</p> <p>○本事業が円滑に実施されるよう地域関係者との連携体制の構築を強化するとともに、本市の権利擁護体制の構築に寄与します。</p> <p>○自立生活支援専門員の配置や関係機関への周知・連携を行うとともに、生活支援員連絡会の開催、生活支援員の発掘やフォローアップ・成年後見支援センターとの連携・協力をを行い、相談支援体制の構築を行います。</p>
7	介護用品給付事業	<p>○要介護4又は5の高齢者と、その高齢者を介護する家族が市民税非課税の場合に、介護用品(紙おむつ等)購入費の一部を助成し、介護者の経済的・精神的負担の軽減を図ります。</p>
8	在宅生活を支える情報の提供	<p>○日用品や食料品などの生活に欠かすことのできない情報を「くらしあったか便利帳」を通じて活用できるよう、内容の充実を図ります。</p>
9	市民相談の充実	<p>○生活上の心配ごとや困りごと、苦情などの簡易な相談の実施や、弁護士・司法書士・行政書士など、各種専門家による無料相談などの周知に努めます。</p>

### 3 多様な住まいの確保

介護が必要な状態になっても自宅で住み続けるためには、地域においてそれぞれの生活のニーズに合った住まいが提供され、その中で生活支援サービスを利用しながら個人の尊厳が確保されることが重要です。

そのために身体の状態や多様化する価値観、ニーズに対応した住まいを高齢者自らが選択できるよう、関係機関と連携して情報提供に努めます。

表 多様な住まいの種類

※令和2年10月1日現在の状況

(1) 養護老人ホーム	
施設概要	○社会復帰の促進及び自立のために必要な指導及び訓練その他の援助を行うことにより、入所者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるようにすることを旨とする施設です。
対象者	○生活環境に困窮し、経済的な困窮者で、65歳以上の高齢者
現 状	○施設名：養護老人ホーム「チボリの森」 ○定員数：70人 ○圏 域：登別中部（富岸町）
特定施設の有無	○特定施設入居者生活介護の指定あり
(2) 軽費老人ホーム（ケアハウス）	
施設概要	○無料または低額な料金で、身体機能の低下等により日常生活を営むことについて不安がある方であって、家族による援助を受けることが困難な方が利用できる施設です。
対象者	○60歳以上で日常生活において自立しているが、家庭環境及び住宅事情などの理由により、在宅生活が困難な方
現 状	○施設名：ケアハウス アンデルセンの丘 ○定員数：50人 ○圏 域：登別中部（富岸町）
特定施設の有無	○特定施設入居者生活介護の指定あり

(3) 有料老人ホーム	
施設概要	○高齢者が入居する施設で、入浴・排せつ・食事の提供、食事の介護、洗濯・掃除等の家事、健康管理を行う施設です。
対象者	○おおむね 65 歳以上の自立者及び要介護者
現 状	○施設名：介護付有料老人ホーム セ・ジュネス ○定員数：52 人 ○圏 域：登別東部（常盤町） ○施設名：住宅型有料老人ホーム くらしさ登別 ○定員数：21 人 ○圏 域：登別東部（登別東町）
特定施設の有無	○介護付有料老人ホームセ・ジュネスのみ特定施設入居者生活介護の指定あり
(4) サービス付き高齢者向け住宅	
施設概要	○主に 60 歳以上の方が入居する住宅で、状態把握と生活相談を必須のサービスとして提供します。事業者によって、入浴や排せつ、食事の提供、調理・洗濯・掃除、健康管理等サービスの種類が異なります。
対象者	○60 歳以上で日常生活において自立しているが、家庭環境及び住宅事情などの理由により、在宅生活が困難な方
現 状	○施設名：サービス付き高齢者向け住宅 サポートハウスみどりの樹 ○定員数：30 人 ○圏 域：登別中部（緑町） ○施設名：サービス付き高齢者向け住宅 チエロ登別 ○定員数：27 人 ○圏 域：登別中部（柏木町）
特定施設の有無	○サービス付き高齢者向け住宅サポートハウスみどりの樹のみ、特定施設入居者生活介護の指定あり
(5) 高齢者グループリビング	
施設概要	○高齢者自身が、高齢化による身体機能の低下と一人暮らしの孤独や不安を考慮し、従来家族が行ってきた調理や掃除、食事を共にするといった家族の無償の行為を共同化し、合理化して共に住まう居住形態です。
対象者	○60 歳以上で今後の生活について自己決定でき、介護保険等に過度に頼らない自立した生活ができる方
現 状	○施設名：たすけ愛の家 ○定員数：9 人 ○圏 域：登別中部（桜木町）

表 多様な住まいの主要事業

No.	事業	内容
1	市営住宅における住宅環境の整備	<ul style="list-style-type: none"> <li>○市営住宅の整備にあたっては、建替え時においてバリアフリー化を進めます。</li> <li>○高齢者や障がい者が入居しやすくなるよう募集区分を設けて、優先入居を行います。</li> <li>○疾病等により上階層での生活が困難な方については、下階層への住替えを行い、住環境の向上を図ります。</li> </ul>
2	空き家の活用支援	<ul style="list-style-type: none"> <li>○市が行っている空き家情報登録制度等を活用し、高齢者の居住確保の相談支援に努めます。</li> </ul>
3	住宅改修 (介護予防住宅改修)	<ul style="list-style-type: none"> <li>○在宅生活での安全確保を目的として身体機能の状態に合わせた手すりの設置や段差の解消等に要する住宅改修費を負担割合に応じて支給します。</li> </ul>

## 第7章 健康づくりと介護予防の推進

いつまでも元気に生活を送ることができるよう、「健康づくりと生活習慣病予防の推進」、「健康づくりの場の充実」、「介護予防・生活支援サービス事業の実施」、「一般介護予防事業の実施」に取り組んでいきます。

### 1 健康づくりと生活習慣病予防の推進

高齢期に活力ある生活を送るためには、早い段階からの健康づくりや生活習慣病予防が大切です。

そのため、健康の保持増進や介護予防に取り組むことができる環境づくりを推進するとともに、地域のニーズや実情に応じた健康づくり活動を展開します。

#### (1) 健康づくりの推進

表 健康づくりの推進の主要事業

No.	事業	内容
1	健康教育・健康相談	○高齢者を含めた市民の健康づくりを推進するため、地域の町内会や老人クラブ等において健康教育を実施し、心身の健康に関する情報提供や知識普及を行うとともに、生活習慣病等についての相談に応じ、必要な指導・助言を行います。
2	「健康通信きらり」やホームページを活用した情報発信	○「健康通信きらり」やホームページを活用し、生活習慣病予防をはじめとする心身の健康づくりを推進するための情報発信、知識普及を行います。
3	高齢者インフルエンザ・肺炎球菌ワクチン予防接種の実施	○高齢者や慢性疾患患者の重症化を未然に予防するため、予防接種法に基づき、高齢者のインフルエンザと肺炎球菌ワクチンの予防接種を行います。
4	栄養・食生活改善・食育に関する知識普及	○栄養・食生活改善・食育に関する知識を普及し、食からの健康づくりについて、情報を発信します。 ○食生活改善推進員活動を支援し、食生活改善推進員との連携を行います。
5	自然を利用した健康づくり	○豊かな自然を利用したウォーキングやトレッキングなどの生涯スポーツの振興と健康の増進に努めます。

## (2) 生活習慣病予防の推進と重度化防止

表 生活習慣病予防の推進と重度化防止の主要事業

No.	事業	内容
1	健康診査・保健指導等	○国民健康保険及び後期高齢者医療制度の被保険者を対象に健康診査や保健指導、各種保健事業を実施し、生活習慣病の発症や重症化予防、高齢者のフレイル予防などを推進します。
2	がん検診等	○がんを早期に発見し治療につなげるため、がん検診の受診を促進します。 ○がんのほか、肝炎ウイルス・ピロリ菌・歯周疾患の各種検診の実施により、生活習慣病などの早期発見・治療を促し、高齢者のQOLの向上を目指します。
3	高齢者保健と介護予防の一体的実施事業	○後期高齢者医療制度の被保険者を対象に生活習慣病重症化防止、フレイル予防に向けたハイリスクアプローチを行います。 ○介護予防普及教室等の一般介護予防事業の場を活用し、高齢者保健と介護予防の一体的実施のポピュレーションアプローチを行います。

## 2 健康づくりの場の充実

高齢者が、身近な地域で健康づくり活動の実施や閉じこもり・孤立化の防止のための居場所を確保できるよう、地域の資源を活用した多様な活動の場の提供と支援を行います。

また、効果的な介護予防活動が実施できるよう拠点を整備した場合については、国や北海道の補助金等を活用し、施設整備費の一部の支援を行います。

表 健康づくりの場の充実の主要事業

No.	事業	内容
1	老人福祉センターの運営	○生活や健康などの各種相談をはじめ、健康の増進や教養の向上、レクリエーションなどの場を提供しています。 ○施設では入浴が可能（週2回）で入浴日にあわせて送迎車「ふれあい号」を運行しています。
2	スポーツ施設の確保と充実	○高齢者等に十分に配慮した魅力あるスポーツ空間の確保に努めます。
3	住民主体の通いの場の充実	○住民主体の通いの場において、介護予防活動や趣味、特技の活動などを通じて地域社会と交流できる場となるよう、通いの場の状況を把握し、活動の支援に努めます。

### 3 介護予防・生活支援サービス事業の実施 重点10

介護予防・生活支援サービス事業は、要介護認定において要支援1・2と判定された方、基本チェックリスト等により事業対象者と判定された方を対象に、介護予防ケアマネジメントに基づき、必要と認められた掃除・洗濯などの訪問型サービスや生活機能向上のための運動などを行う通所型サービスなどを提供します。

また、栄養改善を目的とした配食サービス、リハビリテーション専門職による機能強化や短期集中型介護予防サービス等、その他の生活支援サービスの必要性について、引き続き検討していきます。

なお、介護予防・生活支援サービス事業については、要介護高齢者も利用することが可能になることから、今後の方向性について検討します。

表 令和2年度までに実施している介護予防・生活支援サービス

事業名	介護予防・生活支援サービス				
	訪問型サービス		通所型サービス		
	従前の介護予防訪問介護相当サービス	訪問型サービスA	従前の介護予防通所介護相当サービス	通所型サービスA	通所型サービスB
内容	訪問介護員による入浴などの身体介護、家事などの生活支援	市の指定する研修修了者等による家事などの生活支援	通所介護施設における、日常生活上の支援、生活機能向上のための機能訓練など	半日程度のデイサービス、機能訓練、レクリエーションなど	介護予防体操やレクリエーションなど、ボランティア等が主体となって提供する通いの場

※通所型サービスBは、平成30年度から事業実施団体を募集しており、現在、実施団体はありません。

## 4 一般介護予防事業の実施 **重点 1 1**

一般介護予防事業は、おおむね 65 歳以上の高齢者を対象としていますが、65 歳未満の住民が参加し、ともに介護予防に取り組むことを可能とするなど、年齢や心身の状況等によって分け隔てることなく、住民主体の通いの場等の充実を図り、参加者や通いの場が継続的に拡大していくような地域づくりを推進することを目的として実施するものであり、介護予防把握事業、介護予防普及啓発事業、地域介護予防活動支援事業、一般介護予防事業評価事業、地域リハビリテーション活動支援事業から構成されています。

また、一般介護予防事業において、地域のリハビリテーション専門職がリハビリテーションの理念を踏まえて介入することにより、効果的、効率的な介護予防の取組を推進することが求められています。

なお、これらの取組は、認知機能低下の予防につながる可能性も高いことから、認知症予防の観点も踏まえて、自立支援、介護予防・重度化防止を推進していきます。

表 一般介護予防事業の取組

No.	事業	内容
1	介護予防把握事業	○要介護認定を受けていない方や高齢者の保健と介護予防の一体的実施事業において、介護や医療等へのアウトリーチが必要と判断された方等の生活実態を把握し、支援を行います。
2	介護予防普及啓発事業	○介護予防普及教室、体力測定会、出前講座を実施し、高齢者保健と介護予防の一体的実施のポピュレーションアプローチの場としても活用を図ります。 ○介護予防手帳を作成し、活用を促進することで地域住民の介護予防・自立支援の意識づけを行います。
3	地域介護予防活動支援事業	○住民主体の通いの場が継続して実施できるよう、地域のリハビリテーション専門職を派遣し、リーダーの育成や新たな介護予防の取組を紹介するなどの支援を行います。
4	地域リハビリテーション活動支援事業	○地域リハビリテーションを推進するために、関係機関との研修会の開催などに取り組めます。

No.	評価指標	実績値	目標値		
		令和元年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
1	介護予防普及教室の実施回数	—	30回	30回	30回
2	介護予防リーダー育成研修の修了者の割合	58%	60%	65%	70%

## 第8章 生きがいつくりと社会参加の促進

高齢者が地域社会の中で自らの経験と知識・技能を生かし、地域で活躍することができるよう、「学習機会の拡充」、「地域・社会活動の推進」、「世代間交流の推進」、「就労機会の拡充」により、社会参加や地域の交流を促進します。

### 1 学習機会の拡充

高齢者がいつまでも健康な状態を維持していくためには、体の健康づくりだけでなく、生きがい活動や趣味活動など心の健康づくりを充実させることが重要です。

また、高齢者の増加や価値観の変化などにより、高齢者の学習に対するニーズも多様化しています。

そのため、これらのニーズに合わせて、高齢者が生きがいを見出せるよう学習機会や学習情報の提供など学習環境の整備を行います。

表 学習機会の拡充の主要事業

No.	事業	内容
1	市民生涯学習推進講座事業登別ときめき大学	○市民の生涯学習の拠点として、生きがいのある人生の確立と、新しい知識と教養を身につけるための学習の機会を提供していきます。 ○修得した知識を地域社会に活かし、新しい公共を担う人材の育成に取り組みます。
2	市民生涯学習推進講座事業市民マイプラン講座	○市民の学習意欲を喚起し、生涯学習の推進を図るため、市内の団体が自主的に行う学習会に対し、講師を派遣します。
3	のぼりん文化講座	○多くの方が気軽に市民活動に参加できるよう、登別市文化協会と連携し、市民活動センター「のぼりん」を会場に年間を通じて様々な入門講座を行います。

## 2 地域・社会活動の推進

高齢者が地域社会の主要な構成員であるということを意識し、これまで培ってきた豊かな経験や知識・技能を生かして活動することは、生きがいくり、健康維持、社会的孤立の防止につながるとともに、社会においても大きな財産となります。

元気な高齢者が地域の担い手として、地域活動などへ参加することは、活力ある地域社会をつくる上でも重要です。

そのため、高齢者が地域で活動し、能力を発揮できる場やチャレンジできる場の提供や、介護予防・生活支援サービスのサービス提供者としても社会参加・貢献できるよう、高齢者の地域・社会活動を推進する環境づくりに取り組みます。

また、一人ひとりがまちづくりの「主役」として活躍でき、心豊かに暮らせるよう、人材の育成及び活躍の場の充実とそれらを結び付ける仕組みづくりに取り組みます。

### (1) 地域・社会活動への参加の推進

表 地域・社会活動への参加の推進の主要事業

No.	事業	内容
1	市民生涯学習推進講座事業登別ときめき大学	○市民の生涯学習の拠点として、生きがいのある人生の確立と、新しい知識と教養を身につけるための学習の機会を提供していきます。 ○修得した知識を地域社会に活かし、新しい公共を担う人材の育成に取り組みます。
2	老人福祉センターの運営	○生活や健康などの各種相談をはじめ、健康の増進や教養の向上、レクリエーションなどの場を提供しています。 ○施設では入浴が可能（週2回）で入浴日にあわせて送迎車「ふれあい号」を運行しています。
3	市民活動センターの設置	○市民活動情報の収集及び発信、市民活動の人材育成及び発掘、市民活動の交流促進など市民活動の支援を行います。
4	スポーツ・レクリエーション活動の推進	○高齢者のスポーツ活動は、健康づくりや生きがいなどに大きな役割を果たしているため、総合型地域スポーツクラブやスポーツ推進委員など、地域のスポーツ関係団体と連携し、日常生活の中で気軽にスポーツ・レクリエーション活動に親しむことができる機会の充実を図ります。

No.	事業	内容
5	ボランティア活動支援事業 (社会福祉協議会)	<p>○高齢化に伴う福祉・介護の課題に対応していくため、地域や関係機関等と連携し、誰もが気軽にボランティア活動に参加できるような体制づくりを進めます。</p> <p>○社会福祉協議会が運営するボランティアセンターでは、ボランティア活動の推進強化を図るため、ボランティアコーディネーター（専門職）を配置し、情報の発信や活動のコーディネート業務、ボランティアに関する教育・研修の場の提供などを行います。</p> <p>○ボランティアコーディネーターの更なる資質向上を図り、コーディネート業務（相談及び活動調整）の強化に取り組み、人同士や地域をつなぎます。</p>
6	老人憩の家の設置	<p>○地域の老人クラブの拠点として、各種サークルや健康の増進、レクリエーションなどに活用されている施設であり、今後も地域の交流の場として適正に管理していきます。</p>

## (2) 人材育成と活躍の場の充実

表 人材育成と活躍の場の充実の主要事業

No.	事業	内容
1	市民生涯学習推進講座事業登別ときめき大学	<p>○市民の生涯学習の拠点として、生きがいのある人生の確立と、新しい知識と教養を身につけるための学習の機会を提供していきます。</p> <p>○修得した知識を地域社会に活かし、新しい公共を担う人材の育成に取り組みます。</p>
2	老人クラブの支援	<p>○登別市の老人クラブは32団体、会員数1,394人を擁する組織（令和2年4月2日現在）となっており、その活動は親睦やレジャーにとどまらず、ボランティア活動にも力を注いでいます。</p> <p>○老人クラブは、高齢者の生きがいくりに重要な役割を果たしていることから、各種活動を積極的に展開できるように支援を行います。</p>
3	生活支援の担い手の確保	<p>○地域住民が世代を超えて、共に支え合う地域づくりを推進するために、地域における様々な課題等に対し取り組んでいけるよう、また、高齢者が生活支援の担い手やボランティア活動等を通じて社会参加ができるよう体制整備を行います。</p>
4	生涯学習支援者の育成と確保	<p>○豊富な知識や経験を持つ高齢者など、幅広い分野からの人材の発掘と、人材情報の提供に努めます。</p>

### 3 世代間交流の推進

少子高齢化と核家族化が進む中、高齢者と子どもが交流する機会を確保することは、相互理解を深める上で重要です。

世代間交流により、高齢者がこれまで培ってきた豊かな知識や経験を次世代に伝えるとともに、高齢者の生きがいや活力の増進、子どもたちの敬老の気持ちを育むため、多様な世代間交流事業を実施します。

表 世代間交流の促進の主要事業

No.	事業	内容
1	世代間交流事業	○地域において、児童と高齢者が、より身近に生活できる環境となるよう、児童と高齢者の交流の機会を設けます。
2	保育所・幼稚園の世代間交流事業	○保育所及び幼稚園等において、高齢者との世代間交流を通して思いやりがある心を育みます。

### 4 就労機会の拡充

少子高齢化が進展し、労働力人口の減少が見込まれる中、働く意欲のある高齢者が能力や経験を生かし、年齢に関わりなく働くことができる就業環境づくりを推進することが重要です。

そのため、高齢者が長年培ってきた知識や技術、能力、経験を生かし、収入の確保だけではなく、就労を通じた社会参加や貢献、生きがいの充実へとつながるよう、高齢者の雇用促進に向けた普及啓発を進めるとともに、高齢者に就業機会を提供する登別市シルバー人材センターの活動を支援します。

表 就労機会の拡充の主要事業

No.	事業	内容
1	登別市シルバー人材センターの活動支援	○シルバー人材センターは、高齢者が豊富な経験や知識・技能を生かして働くことにより、社会参加や生きがいづくりの場になっています。高齢化の進展により、シルバー人材センターが果たす役割はますます重要となることから、活動の支援を継続するとともに、より多くの会員に就労の機会を提供できるよう適切な助言などの支援を行います。

## 第9章 安全・安心な暮らしの確保

高齢者が普段から安心感を持って生活できるよう、「交通安全対策の推進」、「防犯対策の推進」、「防災対策の推進」、「感染症対策の推進」に努めます。

### 1 交通安全対策の推進

本市の交通事故の発生件数や死者数は減少傾向にあるものの、高齢者が関わる交通事故は増加傾向にあります。

このため、警察や関係機関・団体と連携し、交通安全に対する意識の向上を図るとともに、交通事故防止に向けた取組を推進します。

表 交通安全対策の推進の主要事業

No.	事業	内容
1	交通安全に関する普及啓発	○高齢者に対する交通安全講習会などを引き続き実施し、交通事故を発生させない対策に取り組めます。
2	交通安全教育の実施	○高齢者が被害者や加害者にならないよう、実践的な技能を習得する交通安全教室を室蘭警察署等と連携して実施します。

### 2 防犯対策の推進

市内において、高齢者が被害者となる「振り込め詐欺」や「ひったくり」などの犯罪が依然として多く発生しています。

また、高齢者が消費者被害を受けるケースも多いことから、高齢者が被害を受けないよう、地域や関係機関と連携し、防犯対策を推進します。

表 防犯対策の推進の主要事業

No.	事業	内容
1	防犯対策の推進	○室蘭登別防犯協会連合会や警察、関係機関・団体との連携により防犯対策を推進し、安全で安心な地域社会の実現を目指します。
2	消費者被害の防止	○高齢者の消費者被害を未然に防ぐため、啓発活動を充実するとともに、高齢者を日頃見守っている家族・登別市消費者被害防止ネットワーク構成機関と連携を図りながら、消費生活センターの機能強化及び充実に努めます。

### 3 防災対策の推進

2011年（平成23年）3月に発生した東日本大震災や2012年（平成24年）11月に市内で最長4日間に渡った大規模停電、2018年（平成30年）9月に発生した北海道胆振東部地震とそれに関連して北海道全域での大規模停電（本市は2日間に渡り停電）を契機に、市民の防災への意識は高まっています。高齢者や支援が必要な方の中には、災害などの緊急時に避難することが難しい方も多く、地域住民が主体となった自主防災組織の設立の更なる推進、育成や機能の強化が重要です。

そのため、避難行動要支援者への支援に係る取組や町内会等及び自主防災組織の活動を支援し、地域における防災対策を推進します。

また、介護保険事業所等が策定する災害に関する具体的計画を定期的を確認するとともに、平時においても災害種別ごとに避難経路等の確認を実施するよう促すほか、災害時に市から正確な情報を発信することで、介護保険事業所等がサービスを利用する在宅高齢者の支援に迅速に対応できるよう日頃から連携を深めます。

表 防災対策の推進の主要事業

No.	事業	内容
1	地域における防災体制の推進	<ul style="list-style-type: none"> <li>○地域防災力を高め、災害予防と被害の軽減を目指し、すべての町内会が自主防災組織を設立するよう推進します。</li> <li>○自主防災組織に対し、防災資機材の整備を補助し、防災活動を助長します。</li> <li>○町内会や自主防災組織が災害に対して積極的に防災活動できるよう、防災訓練などを支援します。</li> </ul>
2	防火意識の普及・啓発	<ul style="list-style-type: none"> <li>○高齢者を対象に、消防職員や女性消防団員による防火指導を含めた防火訪問を実施します。</li> <li>○防火啓発用リーフレットを作成し、高齢者に防火意識の啓発を図ります。</li> </ul>
3	避難行動要支援者への支援の取組	<ul style="list-style-type: none"> <li>○災害時に特に避難支援が必要な方（避難行動要支援者）が日頃から安心して生活できるよう、避難行動要支援者名簿を活用し、町内会等や自主防災組織と連携した支援体制を推進します。</li> </ul>

## 4 感染症対策の推進

近年の新型コロナウイルス感染症の流行は、高齢者にとっては、重症化するリスクが高い特性があり、介護事業所等において、感染拡大防止の取組はより重要とされてきました。

感染拡大防止には、高齢者をはじめとする市民が正しい知識を理解することが重要です。

そのため、市民への的確かつ迅速な情報発信を行うほか、日頃から介護事業所等と連携し、感染症拡大防止や事前の備えが講じられるよう、支援体制の整備に努めます。

また、介護事業所等が提供するサービスは、生活を継続する上で欠かせないものであり、感染拡大防止対策を徹底した上で、必要なサービスを継続的に提供できるようにすることが重要です。介護事業所等の職員が感染症に対する理解や知見を有した上で業務に当たることができるよう、北海道と連携し、感染症に対する研修等の充実に努めます。

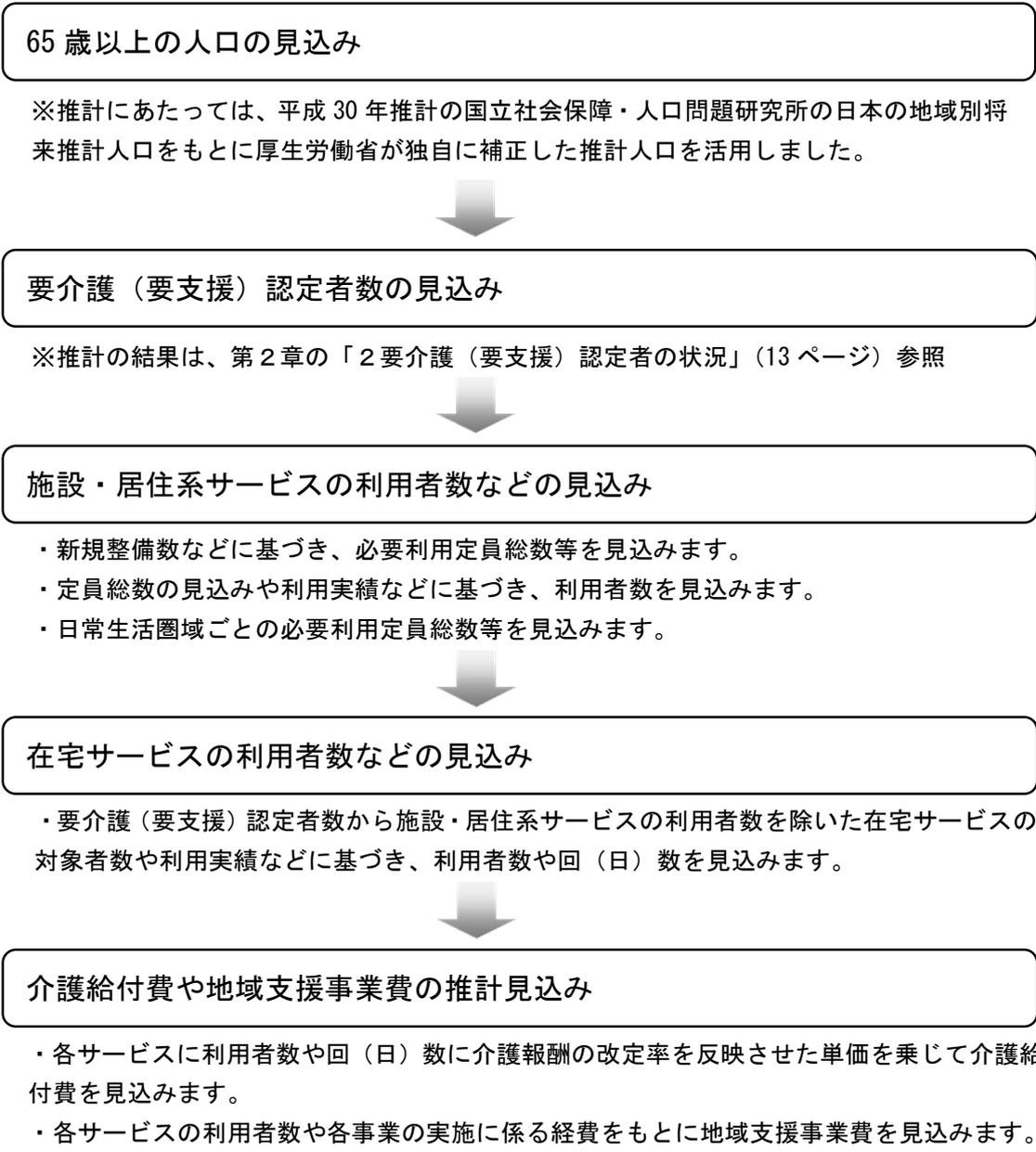
表 感染症対策の推進の主要事業

No.	事業	内容
1	感染症に係る各種情報の発信	○感染予防や感染拡大防止のための適切な行動がとれるよう、市民への的確かつ迅速に情報を発信します。
2	感染症対策に係る介護事業所等支援	○感染拡大防止策の周知啓発や感染症発生時に備えた平時からの備えに関する助言などの支援を行います。

# 第 10 章 介護保険サービスの事業量・事業費の推計

介護保険サービスの事業量・事業費の推計は、第 8 期計画期間である 2021 年度（令和 3 年度）から 2023 年度（令和 5 年度）までの 3 年間と、2025 年度（令和 7 年度）から 2040 年度（令和 22 年度）までの 5 年間隔について、高齢者人口や要介護（要支援）認定者数の状況、第 8 期計画期間中の施設整備予定などに基づいて見込みます。

## 1 事業量・事業費の推計の流れ



## 2 施設・居住系サービスの利用者数などの見込み

### (1) 施設・居住系サービスの必要利用定員総数等の見込み (市内全域)

表 施設・居住系サービスの必要利用定員総数等の見込み（市内全域）

区 分	2021年度 (令和3年度)	2022年度 (令和4年度)	2023年度 (令和5年度)
(介護予防) 特定施設入居者生活介護	202人	202人	202人
(介護予防) 認知症対応型共同生活介護	117人	117人	117人
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	29人	29人	29人
介護老人福祉施設	205人	205人	205人
介護老人保健施設	100人	100人	100人
介護医療院	0人	0人	96人

### (2) 施設・居住系サービスの必要利用定員総数等の見込み (日常生活圏域ごと)

表 施設・居住系サービスの必要利用定員総数等の見込み（日常生活圏域ごと）

区 分		2021年度 (令和3年度)	2022年度 (令和4年度)	2023年度 (令和5年度)
(介護予防) 特定施設入居者生活介護	登別東部	52人	52人	52人
	登別中部	150人	150人	150人
	登別西部	0人	0人	0人
(介護予防) 認知症対応型共同生活介護	登別東部	36人	36人	36人
	登別中部	45人	45人	45人
	登別西部	36人	36人	36人
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	登別東部	29人	29人	29人
	登別中部	0人	0人	0人
	登別西部	0人	0人	0人
介護老人福祉施設	登別東部	105人	105人	105人
	登別中部	0人	0人	0人
	登別西部	100人	100人	100人
介護老人保健施設	登別東部	100人	100人	100人
	登別中部	0人	0人	0人
	登別西部	0人	0人	0人
介護医療院	登別東部	0人	0人	96人
	登別中部	0人	0人	0人
	登別西部	0人	0人	0人

第10章 介護保険サービスの事業量・事業費の推計

区 分	2025年度 (令和7年度)	2030年度 (令和12年度)	2035年度 (令和17年度)	2040年度 (令和22年度)
(介護予防) 特定施設入居者生活介護	202人	202人	202人	202人
(介護予防) 認知症対応型共同生活介護	117人	117人	117人	117人
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	29人	29人	29人	29人
介護老人福祉施設	205人	205人	205人	205人
介護老人保健施設	100人	100人	100人	100人
介護医療院	96人	96人	96人	96人

区 分		2025年度 (令和7年度)	2030年度 (令和12年度)	2035年度 (令和17年度)	2040年度 (令和22年度)
(介護予防) 特定施設入居者生活介護	登別東部	52人	52人	52人	52人
	登別中部	150人	150人	150人	150人
	登別西部	0人	0人	0人	0人
(介護予防) 認知症対応型共同生活介護	登別東部	36人	36人	36人	36人
	登別中部	45人	45人	45人	45人
	登別西部	36人	36人	36人	36人
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	登別東部	29人	29人	29人	29人
	登別中部	0人	0人	0人	0人
	登別西部	0人	0人	0人	0人
介護老人福祉施設	登別東部	105人	105人	105人	105人
	登別中部	0人	0人	0人	0人
	登別西部	100人	100人	100人	100人
介護老人保健施設	登別東部	100人	100人	100人	100人
	登別中部	0人	0人	0人	0人
	登別西部	0人	0人	0人	0人
介護医療院	登別東部	96人	96人	96人	96人
	登別中部	0人	0人	0人	0人
	登別西部	0人	0人	0人	0人

### (3) 施設・居住系サービスの利用者数の見込み

表 施設・居住系サービスの利用者数の見込み

区 分	2021 年度 (令和 3 年度)	2022 年度 (令和 4 年度)	2023 年度 (令和 5 年度)
(介護予防) 特定施設入居者生活介護 ※ 1	166 人	174 人	182 人
(介護予防) 認知症対応型共同生活介護	117 人	117 人	117 人
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	29 人	29 人	29 人
介護老人福祉施設 ※ 1	215 人	225 人	235 人
介護老人保健施設 ※ 1	170 人	176 人	182 人
介護医療院 ※ 1、※ 2	27 人	26 人	63 人

※ 1 広域型の施設のため、他市町村の施設に入所する登別市民の数を含み、登別市の施設に入所する他市町村の数を除いています。

※ 2 2023 年度（令和 5 年度）までは、介護療養型医療施設を含みます。

区 分	2025年度 (令和7年度)	2030年度 (令和12年度)	2035年度 (令和17年度)	2040年度 (令和22年度)
(介護予防) 特定施設入居者生活介護 ※1	190人	198人	206人	211人
(介護予防) 認知症対応型共同生活介護	117人	117人	117人	117人
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	29人	29人	29人	29人
介護老人福祉施設 ※1	246人	255人	264人	273人
介護老人保健施設 ※1	189人	194人	199人	204人
介護医療院 ※1、※2	93人	93人	93人	93人

## 3 在宅サービスの利用者数などの見込み

表 在宅サービスの利用者数などの見込み

(単位：人又は回(日)/月)

区 分		2021年度 (令和3年度)	2022年度 (令和4年度)	2023年度 (令和5年度)
訪問介護	人数	243	255	267
	回数	2,874.5	3,004.0	3,148.7
(介護予防)訪問入浴介護	人数	8	8	8
	回数	29.0	29.0	29.0
(介護予防)訪問看護	人数	204	214	224
	回数	1,145.2	1,214.6	1,278.5
(介護予防)訪問リハビリテーション	人数	174	183	192
	回数	1,612.0	1,699.5	1,791.5
(介護予防)居宅療養管理指導	人数	125	130	134
通所介護	人数	417	438	460
	回数	3,375.3	3,575.7	3,835.8
(介護予防)通所リハビリテーション※	人数	256	268	281
	回数	861.9	914.1	966.7
(介護予防)短期入所生活介護	人数	77	81	85
	日数	584.0	612.0	641.3
(介護予防)短期入所療養介護(老健)	人数	33	35	37
	日数	176.1	186.5	197.1
(介護予防)短期入所療養介護(介護医療院)	人数	1	1	6
	日数	4.0	4.0	24.0
(介護予防)福祉用具貸与	人数	896	941	987
特定(介護予防)福祉用具購入費	人数	22	24	26
(介護予防)住宅改修費	人数	26	28	29
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	人数	7	7	8
(介護予防)小規模多機能型居宅介護	人数	51	55	54
地域密着型通所介護	人数	111	116	121
	回数	953.2	991.1	1,035.7
介護予防支援/居宅介護支援	人数	1,352	1,419	1,490

※ (介護予防)通所リハビリテーションの回数については、介護報酬が月あたりの定額制となっている介護予防サービス分を含んでいません。

第10章 介護保険サービスの事業量・事業費の推計

(単位：人又は回(日)/月)

区 分		2025年度 (令和7年度)	2030年度 (令和12年度)	2035年度 (令和17年度)	2040年度 (令和22年度)
訪問介護	人数	280	294	308	323
	回数	3,274.6	3,428.3	3,603.0	3,622.0
(介護予防)訪問入浴介護	人数	8	9	9	8
	回数	29.0	33.1	33.1	29.0
(介護予防)訪問看護	人数	235	246	257	264
	回数	1,334.3	1,401.4	1,469.6	1,513.6
(介護予防)訪問リハビリテーション	人数	201	210	220	225
	回数	1,873.0	1,958.5	2,050.5	2,095.9
(介護予防)居宅療養管理指導	人数	140	148	156	160
通所介護	人数	483	507	532	546
	回数	4,034.4	4,231.3	4,442.0	4,559.3
(介護予防)通所リハビリテーション※	人数	294	309	324	331
	回数	1,006.4	1,062.8	1,113.4	1,172.7
(介護予防)短期入所生活介護	人数	89	93	97	99
	日数	670.2	695.6	725.3	746.1
(介護予防)短期入所療養介護(老健)	人数	38	40	40	41
	日数	205.9	216.4	223.0	229.6
(介護予防)短期入所療養介護(介護医療院)	人数	10	10	10	10
	日数	40.0	40.0	40.0	40.0
(介護予防)福祉用具貸与	人数	1,035	1,087	1,141	1,167
特定(介護予防)福祉用具購入費	人数	28	30	31	31
(介護予防)住宅改修費	人数	31	32	32	32
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	人数	10	12	12	12
(介護予防)小規模多機能型居宅介護	人数	54	54	54	54
地域密着型通所介護	人数	127	133	139	134
	回数	1,086.1	1,135.3	1,184.5	1,142.9
介護予防支援/居宅介護支援	人数	1,564	1,642	1,725	1,729

## 4 介護給付費の見込み

表 介護給付費の見込み

(単位：千円)

区 分		2021年度 (令和3年度)	2022年度 (令和4年度)	2023年度 (令和5年度)
居宅 (介護予防) サービス	訪問介護	100,754	105,182	110,240
	(介護予防) 訪問入浴介護	4,273	4,275	4,275
	(介護予防) 訪問看護	85,756	90,758	95,486
	(介護予防) 訪問リハビリテーション	56,114	59,208	62,419
	(介護予防) 居宅療養管理指導	12,969	13,525	13,850
	通所介護	303,228	317,927	336,938
	(介護予防) 通所リハビリテーション	131,070	138,078	144,645
	(介護予防) 短期入所生活介護	53,656	56,307	58,977
	(介護予防) 短期入所療養介護(老健)	22,277	23,735	25,005
	(介護予防) 短期入所療養介護(介護医療院)	430	430	2,517
	(介護予防) 福祉用具貸与	75,298	79,127	82,609
	特定(介護予防) 福祉用具購入費	8,502	9,322	10,076
	(介護予防) 住宅改修費	24,584	26,090	27,511
	(介護予防) 特定施設入居者生活介護	300,659	313,917	327,478
防) 地域 密着型 サービス (介護予	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	8,321	8,325	9,302
	(介護予防) 小規模多機能型居宅介護	112,967	124,256	120,855
	(介護予防) 認知症対応型共同生活介護	376,547	376,846	376,935
	地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	103,100	103,320	103,483
	地域密着型通所介護	87,184	92,007	96,908
ス 施設 サービ	介護老人福祉施設	677,697	710,725	743,378
	介護老人保健施設	556,317	578,564	600,503
	介護医療院 ※	113,979	109,373	287,193
居宅介護支援/介護予防支援		149,312	157,023	165,022
特定入所者介護(介護予防) サービス費		126,534	114,834	120,563
高額介護(介護予防) サービス費		88,266	88,266	88,266
高額医療合算介護(介護予防) サービス費		12,500	12,500	12,500
審査支払手数料		3,400	3,433	3,466
合 計		3,595,694	3,717,353	4,030,400

※ 2023年度(令和5年度)までは、介護療養型医療施設を含みます。

第10章 介護保険サービスの事業量・事業費の推計

(単位：千円)

区 分		2025年度 (令和7年度)	2030年度 (令和12年度)	2035年度 (令和17年度)	2040年度 (令和22年度)
居宅 (介護予防) サービス	訪問介護	115,441	120,724	126,850	127,661
	(介護予防) 訪問入浴介護	4,275	4,878	4,878	4,275
	(介護予防) 訪問看護	99,519	104,638	109,718	113,220
	(介護予防) 訪問リハビリテーション	65,256	68,226	71,441	73,025
	(介護予防) 居宅療養管理指導	14,459	15,272	16,239	16,600
	通所介護	351,805	368,821	389,007	398,764
	(介護予防) 通所リハビリテーション	152,093	161,292	168,509	173,868
	(介護予防) 短期入所生活介護	61,569	64,426	67,147	69,258
	(介護予防) 短期入所療養介護(老健)	26,187	27,558	28,715	29,572
	(介護予防) 短期入所療養介護(介護医療院)	4,686	4,686	4,686	4,686
	(介護予防) 福祉用具貸与	87,131	91,201	95,147	99,299
	特定(介護予防) 福祉用具購入費	10,977	11,782	12,205	12,261
	(介護予防) 住宅改修費	29,012	30,809	30,681	30,561
	(介護予防) 特定施設入居者生活介護	342,690	359,726	374,165	381,884
防) 地域 サービス (介護予	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	11,254	13,206	13,206	13,206
	(介護予防) 小規模多機能型居宅介護	120,855	120,855	120,855	120,855
	(介護予防) 認知症対応型共同生活介護	377,157	377,125	377,183	377,284
	地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	103,646	103,809	104,303	104,797
	地域密着型通所介護	100,908	104,923	108,938	105,600
ス 施設 サービス	介護老人福祉施設	778,502	807,922	837,342	866,762
	介護老人保健施設	623,114	639,275	655,436	671,597
	介護医療院	435,292	435,292	435,292	435,292
居宅介護支援/介護予防支援		172,621	181,085	190,294	191,061
特定入所者介護(介護予防) サービス費		126,594	132,927	139,581	146,551
高額介護(介護予防) サービス費		88,751	89,735	90,719	91,702
高額医療合算介護(介護予防) サービス費		13,000	13,500	14,000	14,500
審査支払手数料		3,532	3,705	3,887	3,828
合 計		4,320,326	4,457,398	4,590,424	4,677,969

## 5 地域支援事業費の見込み

## (1) 地域支援事業の利用者数などの見込み

表 地域支援事業の利用者数などの見込み

区 分		2021年度 (令和3年度)	2022年度 (令和4年度)	2023年度 (令和5年度)	
介護予防・日常生活支援総合事業	介護予防訪問介護相当サービス	人数	166人	170人	173人
	訪問型サービスA	人数	119人	122人	125人
	介護予防通所介護相当サービス	人数	303人	310人	316人
	通所型サービスA	人数	302人	309人	315人
	通所型サービスB	人数	30人	30人	30人
	予一般介護 一防事業	介護予防普及教室	回	30回	30回
包括的支援事業	認知症初期集中支援チーム	箇所	1箇所	1箇所	1箇所
	認知症地域支援推進員	人数	3人	3人	3人
	認知症カフェ等の集いの場	箇所	2箇所	3箇所	3箇所
	地域支え合い推進員	人数	1人	1人	1人

※各年度の見込みは、各事業における年間見込み数

区 分				2025 年度 (令和 7 年度)	2030 年度 (令和 12 年度)	2035 年度 (令和 17 年度)	2040 年度 (令和 22 年度)
介護予防・日常生活支援総合事業	介護予防・生活支援サービス事業	介護予防訪問介護相当サービス	人数	155 人	147 人	138 人	127 人
		訪問型サービス A	人数	112 人	106 人	99 人	92 人
		介護予防通所介護相当サービス	人数	283 人	269 人	251 人	232 人
		通所型サービス A	人数	283 人	269 人	251 人	232 人
		通所型サービス B	人数	30 人	30 人	30 人	30 人
	予一般介護 防事業	介護予防普及教室	回	30 回	30 回	30 回	30 回
包括的支援事業	認知症初期集中支援チーム	箇所	1 箇所	1 箇所	1 箇所	1 箇所	
	認知症地域支援推進員	人数	3 人	3 人	3 人	3 人	
	認知症カフェ等の集いの場	箇所	3 箇所	3 箇所	3 箇所	3 箇所	
	地域支え合い推進員	人数	4 人	4 人	4 人	4 人	

## (2) 地域支援事業費の見込み

表 地域支援事業費の見込み

(単位：千円)

区 分	2021年度 (令和3年度)	2022年度 (令和4年度)	2023年度 (令和5年度)
地域支援事業費	334,124	339,583	344,152
介護予防・日常生活支援総合事業	246,802	252,699	257,268
包括的支援事業	84,103	84,103	84,103
包括的支援事業	56,898	56,898	56,898
在宅医療・介護連携推進事業	2,845	2,845	2,845
生活支援体制整備事業	4,440	4,440	4,440
認知症初期集中支援推進事業	10,266	10,266	10,266
認知症地域支援・ケア向上推進事業	9,516	9,516	9,516
地域ケア会議推進事業	138	138	138
任意事業	3,219	2,781	2,781

(単位：千円)

区 分	2025年度 (令和7年度)	2030年度 (令和12年度)	2035年度 (令和17年度)	2040年度 (令和22年度)
地域支援事業費	324,239	314,937	300,540	285,308
介護予防・日常生活支援総合事業	237,355	228,053	213,656	198,424
包括的支援事業	84,103	84,103	84,103	84,103
包括的支援事業	56,898	56,898	56,898	56,898
在宅医療・介護連携推進事業	2,845	2,845	2,845	2,845
生活支援体制整備事業	4,440	4,440	4,440	4,440
認知症初期集中支援推進事業	10,266	10,266	10,266	10,266
認知症地域支援・ケア向上推進事業	9,516	9,516	9,516	9,516
地域ケア会議推進事業	138	138	138	138
任意事業	2,781	2,781	2,781	2,781

## 6 介護保険料の見込み

### (1) 介護保険料基準額

表 介護保険料基準額

(単位：円)

区 分		2021 年度 (令和 3 年度)	2022 年度 (令和 4 年度)	2023 年度 (令和 5 年度)	合 計
①	標準給付費見込額	3,595,693,378	3,717,352,547	4,030,399,613	11,343,445,538
	総給付費	3,364,994,000	3,498,320,000	3,805,605,000	10,668,919,000
	特定入所者介護サービス費等給付額	126,533,625	114,834,099	120,563,210	361,930,934
	高額介護サービス費等給付額	88,265,798	88,265,798	88,265,798	264,797,394
	高額医療合算介護サービス費等給付額	12,500,000	12,500,000	12,500,000	37,500,000
	算定対象審査支払手数料	3,399,955	3,432,650	3,465,605	10,298,210
②	地域支援事業費見込額 ② a + ② b + ② c	334,124,000	339,583,000	344,152,000	1,017,859,000
	介護予防・日常生活支援 総合事業費 (② a)	246,802,000	252,699,000	257,268,000	756,769,000
	包括的支援事業・ 任意事業費 (② b)	60,117,000	59,679,000	59,679,000	179,475,000
	包括的支援事業 (社会保障 充実分) (② c)	27,205,000	27,205,000	27,205,000	81,615,000
③	第 1 号被保険者負担分相当額 (① + ②) × 23%	903,857,997	933,095,176	1,006,146,871	2,843,100,044
④	調整交付金相当額 (① + ② a) × 5% (全国平均)	192,124,769	198,502,577	214,383,381	605,010,727
⑤	調整交付金見込交付割合	6.31%	6.45%	6.61%	
⑥	調整交付金見込額 (① + ② a) × ⑤	242,461,000	256,068,000	283,415,000	781,944,000
⑦	介護給付費準備基金取崩額				231,620,590
⑧	介護保険料収納必要額 ③ + (④ - ⑥) - ⑦				2,434,546,181
⑨	予定介護保険料収納率			97%	
⑩	補正第 1 号被保険者数	16,327 人	16,242 人	16,162 人	48,731 人
⑪	介護保険料基準額 (年額) ⑧ ÷ ⑨ ÷ ⑩ (百円単位)				51,600
⑫	介護保険料基準額 (月額) ⑪ ÷ 12 か月				4,300

※ 調整交付金：市町村間の介護保険の財政を調整するため、年齢や所得の分布状況を考慮して国から交付される交付金

※ 補正第 1 号被保険者数：第 1 号被保険者数を介護保険料の負担額に応じて補正した数（基準額を納める第 1 号被保険者数に換算した数）

表 介護保険料基準額 (中長期的推計)

(単位：円)

区 分		2025 年度 (令和 7 年度)	2030 年度 (令和 12 年度)	2035 年度 (令和 17 年度)	2040 年度 (令和 22 年度)
介護保険料基準額	年額	64,000 円	68,100 円	73,500 円	78,600 円
	月額	5,329 円	5,670 円	6,122 円	6,547 円

※ 上記の介護保険料基準額 (中長期的推計) は、介護給付費準備基金の取崩を想定しておらず、社会情勢の変化により、変動することが想定されます。

## (2) 所得段階別の介護保険料

被保険者の負担能力に応じた、きめ細かな負担段階を設定するとともに、第1段階から第3段階までの低所得者については、公費により介護保険料を軽減します。

表 所得段階別の介護保険料

区分	対象者	基準額に対する割合	介護保険料	
			年額	月額
第1段階	○生活保護受給者の方 ○老齢福祉年金受給者で、世帯全員が市民税非課税の方 ○世帯全員が市民税非課税で、前年の課税年金収入額と合計所得金額の合計が80万円以下の方	0.50 (0.30)	25,800円 (15,400円)	2,150円 (1,285円)
第2段階	世帯全員が市民税非課税で、前年の課税年金収入額と合計所得金額の合計が80万円超120万円以下の方	0.75 (0.50)	38,700円 (25,800円)	3,225円 (2,150円)
第3段階	世帯全員が市民税非課税で、前年の課税年金収入額と合計所得金額の合計が120万円超の方	0.75 (0.70)	38,700円 (36,100円)	3,225円 (3,010円)
第4段階	世帯の誰かに市民税が課税されているが本人は市民税非課税で、前年の課税年金収入額と合計所得金額の合計が80万円以下の方	0.90	46,400円	3,870円
第5段階	世帯の誰かに市民税が課税されているが本人は市民税非課税で、前年の課税年金収入額と合計所得金額の合計が80万円超の方	1.00	51,600円	4,300円
第6段階	本人が市民税課税で、前年の合計所得金額が120万円未満の方	1.20	61,900円	5,160円
第7段階	本人が市民税課税で、前年の合計所得金額が120万円以上210万円未満の方	1.30	67,000円	5,590円
第8段階	本人が市民税課税で、前年の合計所得金額が210万円以上320万円未満の方	1.50	77,400円	6,450円
第9段階	本人が市民税課税で、前年の合計所得金額が320万円以上520万円未満の方	1.70	87,700円	7,310円
第10段階	本人が市民税課税で、前年の合計所得金額が520万円以上の方	1.80	92,800円	7,740円

※ ( )内は、公費による軽減後の値です。また、国の施策により公費による保険料の軽減が変更となる可能性があります。

## 第 1 1 章 行政等の体制整備

住み慣れた地域で毎日を安心して暮らせるよう円滑な体制で計画がスムーズに推進できる体制づくりに努めます。

### 1 計画の推進に向けて

#### (1) 推進体制づくり

本計画の推進にあたっては、行政をはじめ、地域・家庭・民間事業者・ボランティア団体などが、地域福祉の向上のため連携し、それぞれの役割と責任を果たしながら、協働して取り組んでいくことが重要です。

本市では、2016年（平成28年）3月に策定した「登別市地域福祉計画」の方針を踏まえて、多様な主体の役割分担による取組を推進します。

#### ア 高齢者の役割

高齢者の多くは元気で活動意欲があることから、高齢者自身がサービスの担い手として、地域福祉活動やボランティア活動などに取り組み、生きがいややりがいを持ち、自らの経験や知識を地域社会に還元することは、地域力を向上させ、活力あるまちづくりの推進につながります。

また、可能な限り介護や支援が必要な状態にならないよう、あるいは介護や支援が必要な状態になっても状態の悪化を防ぐことができるよう、介護予防や健康づくりに主体的に取り組むとともに、日常生活を通じて近隣、友人等の助け合いや地域とのつながりを持つことが大切です。

さらに、一人暮らしの高齢者世帯や高齢者のみの世帯が増加する中、たとえ支援が必要な状態になっても、自ら地域との関わりなどを持つことにより、孤立を防ぐことが重要です。

#### イ 家族の役割

高齢者にとって家族は、最も身近な存在であり、精神的な支えとしての役割を担っていることを市民一人ひとりが改めて認識することが必要です。

また、高齢者の介護予防やいきいきとした暮らしのため、家族が情報収集に努め、高齢者に寄り添い関わっていくことも大切です。

## ウ 地域社会の役割

一人暮らしの高齢者や高齢者のみの世帯、認知症高齢者など、支援を必要とする高齢者の増加が見込まれる中、高齢者に対する見守り支援や相互理解、地域福祉活動の活性化など、高齢者やその家族を地域で支え合う環境づくりが重要です。

地域での見守り支援の一環として、災害時の支援活動や、多様化する課題に対応する声かけなどが求められます。

また、地域住民一人ひとりが長寿社会の基盤づくりの重要性などについて理解し、地域における支え合い活動に自ら主体的・積極的に参加していくことが求められています。

## エ 地域包括支援センターの役割

地域包括支援センターは、地域包括ケアシステムの深化・推進に向けた取組において、中核的な役割を担っています。その役割として①総合相談支援業務、②権利擁護業務、③包括的・継続的ケアマネジメント支援業務があり、地域住民の保健・医療の向上及び福祉の増進を包括的に支援します。

また、こうした役割を円滑に行うため、地域の関係者や社会福祉協議会、サービス事業者、医療機関などの関係機関との連携強化が重要です。

## オ 登別市社会福祉協議会の役割

登別市社会福祉協議会は、地域福祉活動の中核を担う機関として、市をはじめとする関係機関、ボランティア・NPOなどの福祉関係団体並びに事業者との連絡・調整の役割を果たすことが求められます。

また、地域福祉を推進するために、関係団体と協働して、支援を必要とする方の個別のニーズを把握し、適切な支援が円滑に行われるよう取り組むことが求められます。

さらに、地域福祉に関する普及啓発を行うとともに、ボランティアをはじめとする市民活動の情報を発信し、市民が地域福祉活動に参加できるよう、福祉コミュニティの構築を図っていくことが期待されます。

## カ サービス提供者の役割

サービス提供者には、利用者の人権を尊重して事業運営を行うとともに、利用者のQOL向上に資するよう、提供するサービスの質的向上と充実に向けて取り組んでいくことが求められています。

そのため、職員の資質及び専門性向上のための研修を実施することや、積極的に情報公開を行って利用者が自ら安心してサービスを選択することができるよう取り組むなど、利用者本位のサービス提供に努めることが必要です。

## キ ボランティア・NPOの役割

個人の価値観やライフスタイルの多様化に伴い、市民の福祉に関するニーズも多様化しています。

そのため、ボランティアやNPOは、公的サービスや民間事業者によるサービスで対応できない分野のサービスを提供するほか、市民の福祉への理解を深める役割も果たすなど、地域福祉を支える一翼を担うことが期待されています。

## ク 市の役割

高齢者保健福祉行政を推進するためには、保健・福祉の分野だけではなく、まちづくり、交通、住宅、社会教育、防犯・防災など様々な分野における取組が重要です。そのため、高齢者保健福祉の重要性に対する認識を全庁的なものとし、統一的に取り組むとともに、介護保険制度等の分かりやすい情報提供に努めます。

さらに、市民、町内会等、ボランティア・NPO、企業、北海道などと連携し、「登別市地域福祉計画」との整合を図りながら、幅広く協働して事業を推進します。

## (2) 周知啓発

本計画を実効あるものとするため、広報紙やホームページなどにより本計画の内容を広く市民に周知するよう取り組みます。

また、本計画に盛り込んだ施策・事業の内容とその進捗状況などについて情報発信に努めます。

## (3) 計画の進行管理

本計画は、2023年度（令和5年度）を目標年度としていますが、計画に盛り込んだ施策・事業の進捗状況とその成果を点検するほか、保険者機能強化推進交付金等の指標を活用したPDCAサイクルにより、適切な進行管理を行い、その結果を本計画期間中に実施する施策・事業に反映させます。

また、「地域包括ケアシステム」構築の目標年である2025年（令和7年）までの中期的な視点に立って施策・事業を展開するため、社会情勢やニーズの変化を踏まえて、関係機関・団体などからの提言・意見を反映させるなど、実効性のある計画の実現に努めます。

# 資料編

## 1 登別市高齢者保健福祉計画及び介護保険事業計画策定経過

実施日時		内 容
2020年 (令和2年)	1月6日～1月31日	介護予防・日常生活圏域ニーズ調査
	令和元年10月1日～ 令和2年3月31日	在宅介護実態調査
	3月16日～4月21日	介護サービス事業者調査
	6月23日～7月2日	高齢者保健福祉計画及び介護保険事業計画検討会議 (第1回)(書面会議)
	9月23日～10月9日	横断会議(第1回)(書面会議)
	9月28日	高齢者保健福祉計画及び介護保険事業計画検討会議 (第2回)
	10月22日～ 10月30日	横断会議(第2回)(書面会議)
	11月10日～11月30日	高齢者保健福祉計画及び介護保険事業計画検討会議 (第3回)(書面会議)
令和2年12月4日～ 令和3年1年4月	意見公募(パブリックコメント)	
2021年 (令和3年)	令和3年1月5日～ 令和3年1月20日	高齢者保健福祉計画及び介護保険事業計画検討会議 (第4回)(書面会議)

## 2 意見公募(パブリックコメント)について

案件名	第8期登別市高齢者保健福祉計画及び介護保険事業計画(素案)
意見の募集期間	令和2年12月4日から令和3年1月4日まで
実施概要	第8期登別市高齢者保健福祉計画及び介護保険事業計画(素案)の内容を広く市民に公表し、寄せられた意見を考慮した上で計画を策定します。
成案の公表	令和3年2月9日(広報紙は3月号)
成案の公表方法	○広報紙及び市公式ウェブサイトに掲載 ○所定場所(各支所等)での閲覧

### 3 アンケート調査の実施結果

#### (1) 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査

##### 調査の概要

##### 1. 調査の目的

当該調査は、第8期登別市高齢者保健福祉計画及び介護保険事業計画（令和3年度から令和5年度までの3か年計画）の策定に向けた基礎資料を得ることを目的とする。

##### 2. 調査対象

令和元年12月1日現在で、市内在住の市民のうち、65歳以上の介護認定を受けていない方及び要支援1・2の方、事業対象者

##### 3. 抽出方法

上記の調査対象を、3つの日常生活圏域、年齢区分別（前期高齢者（65～74歳）、後期高齢者（75歳以降））、男女別に人口比率に応じ、無作為に2,000名を抽出

##### 4. 調査内容

厚生労働省が示す「介護予防・日常生活圏域ニーズ調査」調査票の必須項目39項目、オプション項目27項目及び市独自項目10項目の計76項目を使用

##### 5. 調査方法

郵送による配布・回収

##### 6. 調査期間

令和2年1月6日～1月31日

##### 7. 回収状況

配布数 1,996件  
有効回答数 1,298件 有効回答率 65.0%

##### 8. 集計（回答率）について

回答率（%）は、小数点第2位以下を四捨五入しているため、比率の合計が100%にならない場合がある。また、回答が複数にわたる質問項目があり、母数より多くなる場合がある。

##### 9. 回答者の属する地区の集約について

次の3つの日常生活圏域に分けて集計している。

日常生活圏域	町名
登別西部	新生町、栄町、若草町、鷺別町、美園町、上鷺別町
登別中部	柏木町、富士町、片倉町、新川町、鉦山町、桜木町、川上町、青葉町、緑町、大和町、若山町、富岸町
登別東部	カルルス町、上登別町、登別温泉町、中登別町、登別東町、登別本町、登別港町、札内町、富浦町、新栄町、幸町、千歳町、幌別町、来馬町、常盤町、中央町

## 10. 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査 回答者の属性等

(単位：人)

属性	全体件数		有効回答 件数	状態区分			地区区分		
				一般高齢者	要支援1	要支援2	登別東部	登別中部	登別西部
男女計	15,544			14,208	791	545	4,474	5,027	6,043
			1,298 (100%)	1,190 (100%)	69 (100%)	39 (100%)	361 (100%)	439 (100%)	498 (100%)
	65-69歳	4,111	331 (25.5%)	327 (27.5%)	1 (1.5%)	3 (7.7%)	89 (24.7%)	111 (25.3%)	131 (26.3%)
	70-74歳	4,128	322 (24.8%)	314 (26.3%)	5 (7.2%)	3 (7.7%)	94 (26.0%)	105 (23.9%)	123 (24.7%)
	75-79歳	3,390	308 (23.7%)	292 (24.5%)	12 (17.4%)	4 (10.2%)	73 (20.2%)	112 (25.5%)	123 (24.7%)
	80-84歳	2,228	186 (14.4%)	159 (13.4%)	18 (26.1%)	9 (23.1%)	59 (16.4%)	58 (13.2%)	69 (13.9%)
	85-89歳	1,202	117 (9.0%)	77 (6.5%)	28 (40.6%)	12 (30.8%)	38 (10.5%)	37 (8.4%)	42 (8.4%)
	90歳以上	485	34 (2.6%)	21 (1.8%)	5 (7.2%)	8 (20.5%)	8 (2.2%)	16 (3.7%)	10 (2.0%)
男性	65-69歳	1,938	145	144	1	0	41	49	55
	70-74歳	1,837	147	145	1	1	41	47	59
	75-79歳	1,502	145	140	3	2	36	56	53
	80-84歳	935	68	60	7	1	20	21	27
	85-89歳	490	56	42	9	5	17	15	24
	90歳以上	154	14	11	0	3	2	7	5
	計	6,856	575	542	21	12	157	195	223
女性	65-69歳	2,173	186	183	0	3	48	62	76
	70-74歳	2,291	175	169	4	2	53	58	64
	75-79歳	1,888	163	152	9	2	37	56	70
	80-84歳	1,293	118	99	11	8	39	37	42
	85-89歳	712	61	35	19	7	21	22	18
	90歳以上	331	20	10	5	5	6	9	5
	計	8,688	723	648	48	27	204	244	275

## 調査内容の結果 【概要】

## 1 運動器機能、身体機能等

(単位：%)

	年齢区分	全圏域	登別東部	登別中部	登別西部
<b>運動器機能リスク高齢者</b> (階段を手すりや壁をつたわずに昇れない、椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がれない、15分位続けて歩けない、過去1年間に転んだ経験がある、転倒に対する不安が多いの5つの問いに3問以上該当する高齢者の割合)	65-74歳	7.0	7.7	7.9	5.9
	75歳以上	25.7	24.7	27.8	24.6
	高齢者全体	16.3	16.1	18.0	15.1
<b>低栄養リスク高齢者</b> (BMIが18.5より少ない高齢者の割合)	65-74歳	4.6	4.4	6.0	3.5
	75歳以上	6.0	3.9	7.2	6.6
	高齢者全体	5.3	4.2	6.6	5.0
<b>咀嚼機能リスク高齢者</b> (半年前に比べて固いものが食べにくい、お茶や汁物等でむせることがある、口の渇きが気になるの3つの問いに2問以上「はい」と回答した高齢者の割合)	65-74歳	23.0	26.8	19.0	23.6
	75歳以上	30.7	29.8	33.6	28.7
	高齢者全体	26.8	28.3	26.4	26.1
<b>閉じこもりリスク高齢者</b> (週に1回以上は外出しているかの問いに「ほとんど外出しない」「週1回」と回答した高齢者の割合)	65-74歳	14.5	18.6	13.4	12.6
	75歳以上	32.2	32.0	30.0	34.4
	高齢者全体	23.3	25.2	21.9	23.3
<b>認知症リスク高齢者</b> (物忘れが多いと感じるかの問いに「はい」と回答した高齢者の割合)	65-74歳	40.7	46.4	40.3	37.0
	75歳以上	54.9	55.6	52.9	56.1
	高齢者全体	47.8	51.0	46.7	46.4
<b>うつリスク高齢者</b> (この1か月間、気分が沈んだり、ゆううつな気持ちになったりすることがある、どうしても物事に対して興味がわからない、あるいは心から楽しめない感じがよくあったかの問いに「はい」と回答した高齢者の割合)	65-74歳	34.3	32.8	32.4	37.0
	75歳以上	41.6	44.4	40.8	40.2
	高齢者全体	37.9	38.5	36.7	38.6
<b>IADLが低い高齢者</b> (バスや電車を使って1人で外出できるか、自分で食品・日用品の買物ができるか、自分で食事の用意ができるか、自分で請求書の支払いができるか、自分で預貯金の出し入れができるかの5つの問いに4問以上「できる」と回答しなかった高齢者の割合)	65-74歳	4.4	5.5	4.6	3.5
	75歳以上	11.8	9.0	14.3	11.5
	高齢者全体	8.1	7.2	9.6	7.4
<b>転倒リスク高齢者</b> (過去1年間に転んだ経験があるかの問いに「はい」と回答した高齢者の割合)	65-74歳	29.6	36.1	28.2	26.0
	75歳以上	39.8	41.6	39.9	38.5
	高齢者全体	34.7	38.8	34.2	32.1

運動器機能・身体機能等の項目の中で、3割以上が該当するリスク等は、認知症リスク高齢者、うつリスク高齢者、転倒リスク高齢者であり、一番多かったのが認知症リスク高齢者であった。

日常生活圏域別に見ると、大きな違いは見られないが、登別東部が全体的にリスク高齢者の割合が多い傾向にあった。

## 2 社会参加

(単位：%)

	年齢区分	全圏域	登別東部	登別中部	登別西部
<b>ボランティアに参加している高齢者</b> (ボランティアのグループに参加している高齢者の割合)	65-74歳	12.6	10.4	16.2	11.0
	75歳以上	13.0	11.2	11.7	15.6
	高齢者全体	12.8	10.8	13.9	13.3
<b>スポーツ関係のグループに参加している高齢者</b> (スポーツ関係のグループやクラブに参加している高齢者の割合)	65-74歳	22.4	18.6	27.3	20.9
	75歳以上	16.1	12.9	12.6	21.7
	高齢者全体	19.3	15.8	19.8	21.3
<b>趣味関係のグループに参加している高齢者</b> (趣味関係のグループに参加している高齢者の割合)	65-74歳	24.3	20.8	27.8	24.0
	75歳以上	25.9	23.6	25.1	28.3
	高齢者全体	25.1	22.2	26.4	26.1
<b>学習・教養サークルに参加している高齢者</b> (学習・教養サークルに参加している高齢者の割合)	65-74歳	7.0	5.5	7.9	7.5
	75歳以上	5.1	5.1	5.4	4.9
	高齢者全体	6.1	5.3	6.6	6.2
<b>地域づくりへの参加意向のある高齢者</b> (地域住民の有志によって、健康づくり活動や趣味等のグループ活動を行って、いきいきした地域づくりを進めるとした場合、その活動に参加者として参加したい高齢者の割合)	65-74歳	56.8	60.1	54.6	56.3
	75歳以上	47.4	47.8	44.4	50.0
	高齢者全体	52.2	54.0	49.4	53.2
<b>地域づくりへの企画・運営(お世話役)としての参加意向のある高齢者</b> (地域住民の有志によって、健康づくり活動や趣味等のグループ活動を行って、いきいきした地域づくりを進めるとした場合、その活動に企画・運営(お世話役)として参加したい高齢者の割合)	65-74歳	37.2	38.3	34.7	38.6
	75歳以上	32.6	36.0	31.4	31.1
	高齢者全体	34.9	37.1	33.0	34.9

社会参加の項目の中で、3割以上が該当する項目は、地域づくりへの参加意向のある高齢者、地域づくりへの企画・運営(お世話役)としての参加意欲のある高齢者であり、一番多い割合だったのが、地域づくりへの参加意向のある高齢者であっ

た。

日常生活圏域別に見ると、大きな違いは見られないが、登別中部が全体的に社会参加している高齢者の割合が多い傾向にあった。

	支 援 し た い 活 動 内 容									
	買物	掃除	洗濯	調理	ゴミ出し	外出	通院	除雪	草刈	その他
地域の高齢者を支援したいと考えている高齢者の割合	7.5	5.2	2.9	3.3	7.9	4.3	4.1	6.9	6.5	4.0

### 3 暮らしの状況

(単位：%)

	年齢区分	全圏域	登別東部	登別中部	登別西部
<b>独居高齢者</b> (家族構成の間で一人暮らしと回答した高齢者の割合)	65-74歳	14.1	15.3	13.4	13.8
	75歳以上	22.0	22.5	21.1	22.5
	合計	18.0	18.8	17.3	18.1
<b>夫婦二人暮らし(配偶者65歳以上)世帯</b> (家族構成の間で夫婦二人暮らし(配偶者65歳以上)と回答した高齢者の割合)	65-74歳	54.7	53.0	52.3	57.9
	75歳以上	49.1	48.3	48.9	50.0
	高齢者全体	51.9	50.7	50.6	54.0
<b>持家がある高齢者(単身高齢者世帯)</b> (1人暮らしで、一戸建ての持家に住んでいる高齢者の割合)	65-74歳	9.8	8.7	10.2	10.2
	75歳以上	17.4	16.3	15.7	19.7
	高齢者全体	13.6	12.5	13.0	14.9
<b>持家がある高齢者(高齢者夫婦のみ世帯)</b> (夫婦2人暮らし(配偶者65歳以上)で、一戸建ての持家に住んでいる高齢者の割合)	65-74歳	48.9	45.4	47.7	52.4
	75歳以上	45.1	41.6	45.7	47.1
	高齢者全体	47.0	43.5	46.7	49.8
<b>配食ニーズがある高齢者</b> (自分で食事の用意をしているかの問いに「できない」と回答した高齢者の割合)	65-74歳	5.5	6.0	4.6	5.9
	75歳以上	9.9	4.5	11.7	12.3
	高齢者全体	7.7	5.3	8.2	9.0
<b>買い物ニーズがある高齢者</b> (自分で食品・日用品の買物をしているかの問いに「できない」と回答した高齢者の割合)	65-74歳	2.6	3.8	2.3	2.0
	75歳以上	6.5	4.5	7.6	7.0
	高齢者全体	4.5	4.2	5.0	4.4
<b>現在の暮らしが苦しい高齢者</b> (現在の暮らしの状況を経済的に見てどう感じるかの問いに「大変苦しい」「やや苦しい」と回答した高齢者の割合)	65-74歳	32.6	36.1	27.3	34.6
	75歳以上	31.6	38.8	29.6	28.3
	高齢者全体	32.1	37.4	28.5	31.5

暮らしの状況では、独居高齢者よりも夫婦二人暮らし（配偶者 65 歳以上）世帯が多い割合であった。

また、約 3 割の高齢者が、経済的に見て現在の暮らしが苦しいと感じていた。

なお、配食ニーズ及び買い物ニーズについては 1 割を下回っていた。

日常生活圏域別に見ると、各ニーズにばらつきがあった。

#### 4 対人関係等

（単位：％）

	年齢区分	全圏域	登別東部	登別中部	登別西部
<b>情緒的サポートをくれる相手がいらない高齢者</b> （あなたの心配事や愚痴を聞いてくれる人がいるかの問いに「いない」と回答した高齢者の割合）	65-74 歳	4.4	6.0	4.2	3.5
	75 歳以上	5.1	4.5	6.7	4.1
	高齢者全体	4.8	5.3	5.5	3.8
<b>情緒的サポートを与える相手がいらない高齢者</b> （あなたは心配事や愚痴を聞いてあげる人がいるかの問いに「いない」と回答した高齢者の割合）	65-74 歳	4.6	7.7	4.2	2.8
	75 歳以上	7.1	6.2	7.6	7.4
	高齢者全体	5.9	6.9	5.9	5.0
<b>手段的サポートをくれる相手がいらない高齢者</b> （あなたが病気で数日間寝込んだときに、看病や世話をしてくれる人がいるかの問いに「いない」と回答した高齢者）	65-74 歳	5.2	7.1	4.6	4.3
	75 歳以上	5.1	6.7	4.9	4.1
	高齢者全体	5.2	6.9	4.8	4.2
<b>手段的サポートを与える相手がいらない高齢者</b> （誰かが病気で数日間寝込んだときに、あなたが看病や世話をしてあげる人がいるかの問いに「いない」と回答した高齢者の割合）	65-74 歳	7.4	12.0	5.6	5.5
	75 歳以上	14.9	12.9	14.8	16.4
	高齢者全体	11.1	12.5	10.3	10.8
<b>主観的健康観の高い高齢者</b> （現在のあなたの健康状態はいかがかの問いに「とてもよい」「まあよい」と回答した高齢者の割合）	65-74 歳	80.9	80.9	81.0	80.7
	75 歳以上	66.2	68.5	68.6	62.3
	高齢者全体	73.6	74.8	74.7	71.7
<b>主観的幸福感の高い高齢者</b> （あなたは現在どの程度幸せですかの 10 点満点の問いに 8 点以上の回答をした高齢者の割合）	65-74 歳	47.6	41.5	49.1	50.8
	75 歳以上	44.8	38.8	50.2	44.3
	高齢者全体	46.2	40.2	49.7	47.6

主観的幸福感については、現在どの程度幸せか 10 点満点評価で 8 点以上であった高齢者の割合が 46.2%であり、主観的健康観については、現在の健康状態が良いと回答した者の割合が 73.6%であった。

また、情緒的サポートについては、心配事や愚痴を聞いてくれる相手がいらない、聞く相手がいらない割合は、それぞれ 1 割を下回っており、手段的サポートについては、

看病や世話をしてくれる人がいない、する相手がいない割合も、それぞれ1割を下回っていた。

## 5 介護・介助の状況

(単位：%)

	年齢区分	全圏域	登別東部	登別中部	登別西部
<b>介護を受けている高齢者</b> (普段の生活でどなたかの介護・介助が必要ですかの問いに「現在、何らかの介護を受けている」と回答した高齢者の割合)	65-74歳	2.6	2.7	3.2	2.0
	75歳以上	12.6	10.7	12.6	13.9
	高齢者全体	7.6	6.6	8.0	7.8
<b>介護を必要と感じている高齢者</b> (普段の生活でどなたかの介護・介助が必要ですかの問いに「何らかの介護・介助は必要だが現在は受けていない」と回答した高齢者の割合)	65-74歳	4.7	6.0	4.6	3.9
	75歳以上	15.0	14.6	16.1	14.3
	高齢者全体	9.9	10.2	10.5	9.0

介護を受けている高齢者の割合は7.6%となったが、その内約40%が一般高齢者であった。また、介護を必要と感じている高齢者の割合は9.9%であり、その内82%が一般高齢者であった。

	必要となる生活支援									
	特にない	買物	掃除	洗濯	調理	ゴミ出し	外出	通院	除雪	草刈
普段の生活で困っていること	56.9	13.2	5.2	2.0	3.7	6.3	7.4	13.0	21.8	14.6
今後5年間において困ること	24.0	38.0	13.1	7.5	11.1	14.3	22.1	40.6	50.6	29.8

今現在、困っていることが特にない高齢者の割合は、56.9%となっているが、今後5年間において困ることが特にないとした高齢者の割合は24.0%であった。

## (2) 在宅介護実態調査

### 調査の概要

#### 1. 調査の目的

登別市における「地域包括ケアシステムの深化・推進」という観点に加え、「介護離職をなくしていくためにはどのようなサービスが必要か」といった観点から、「高齢者等の適切な在宅生活継続」と「家族等介護者の就労継続」の実現に向けた介護サービスの在り方を検討することを目的とする。

#### 2. 調査対象者

令和元年10月1日から令和2年3月31日の間に要介護・要支援認定更新及び変更申請を行った在宅者

#### 3. 調査方法

認定調査員による聞き取り

#### 4. 調査実施件数

対象者数	530件
実施件数	430件

#### 5. 市内地域包括支援センター及び居宅介護支援事業所の介護支援専門員からの聞き取り調査

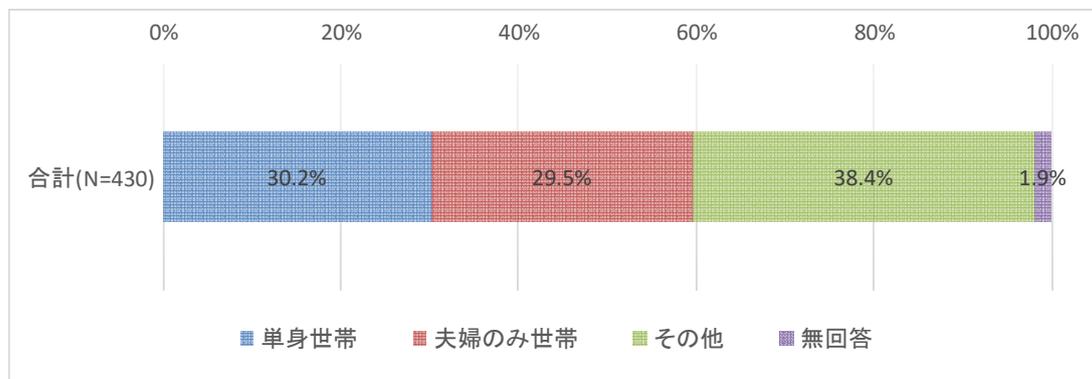
令和2年6月30日実施

## 調査結果の概要 【概要】

## 1 基本調査項目（A票）

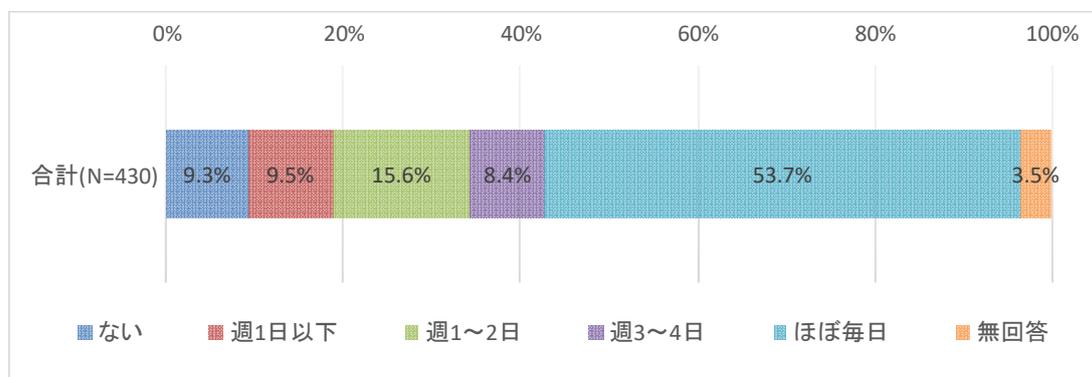
## (1) 世帯類型

図表 1-1 世帯類型（単数回答）



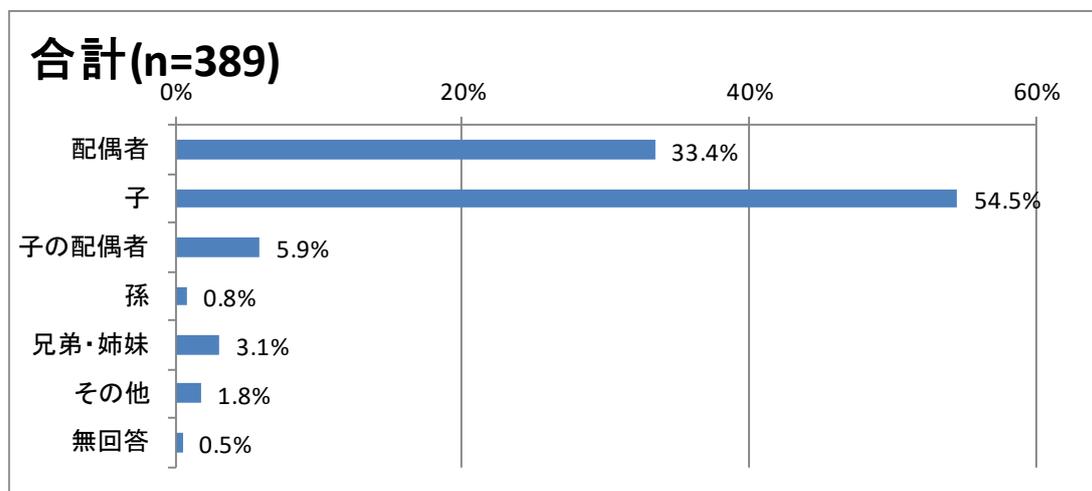
## (2) 家族等による介護の頻度

図表 1-2 家族等による介護の頻度（単数回答）



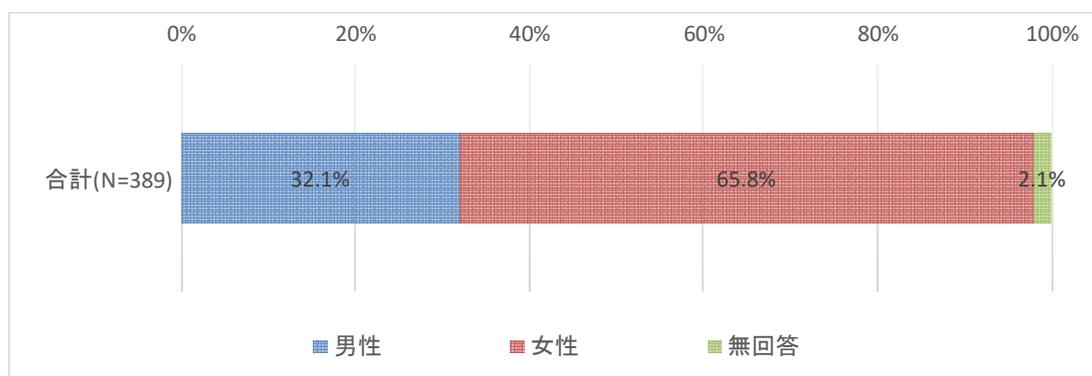
## (3) 主な介護者の本人との関係

図表 1-3 主な介護者の本人との関係（単数回答）



## (4) 主な介護者の性別

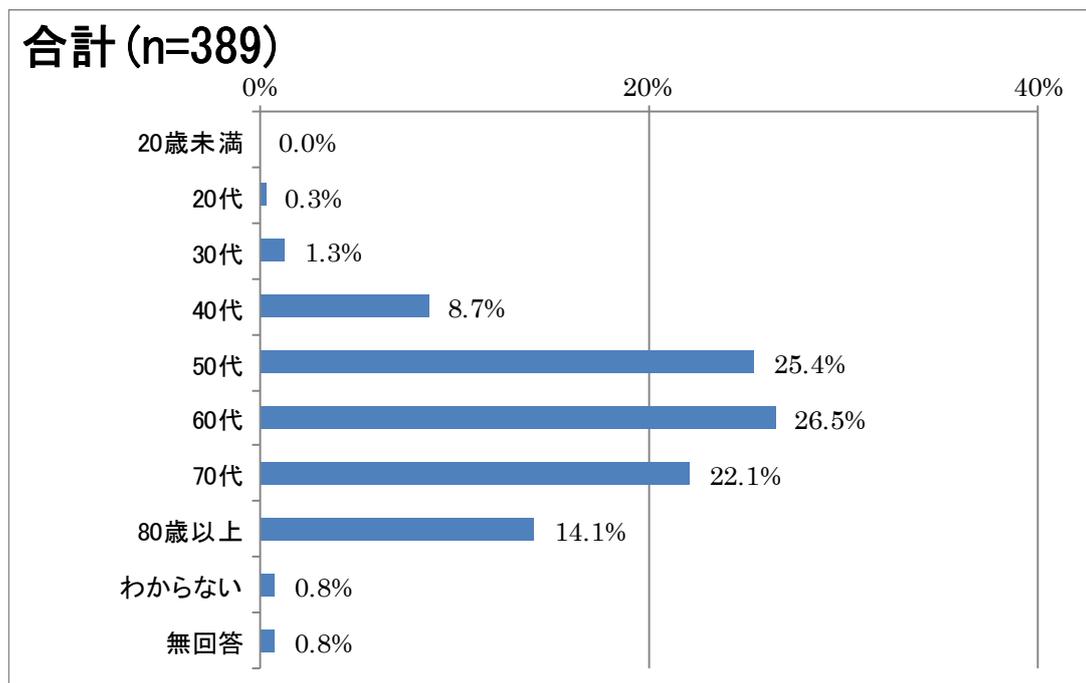
図表 1-4 主な介護者の性別（単数回答）



○主な介護者は、「子」の割合が最も高く、次いで「配偶者」の割合が高い。  
性別では、「女性」の割合が6割以上を占めている。

(5) 主な介護者の年齢

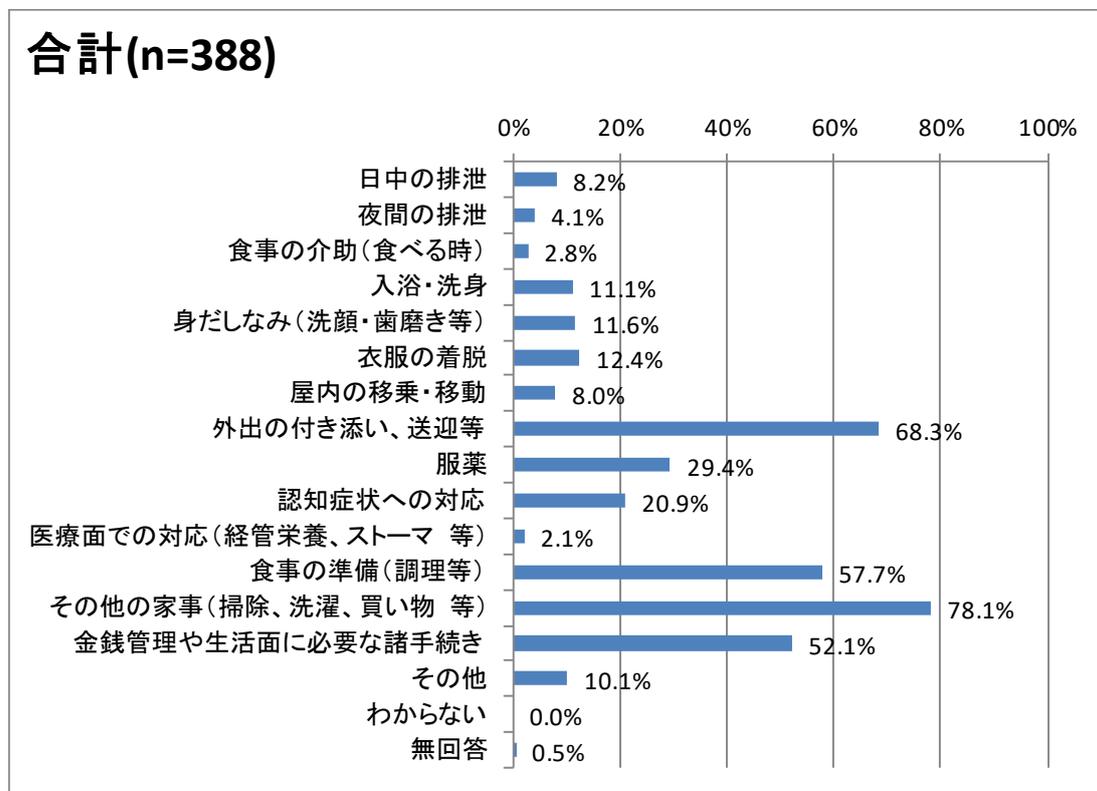
図表 1-5 主な介護者の年齢（単数回答）



○主な介護者の年齢では、最も割合が高かった子の世代である「50代」「60代」が多く、次いで配偶者や超高齢者の子の世代である「70代」も多い傾向が見られる。

## (6) 主な介護者が行っている介護

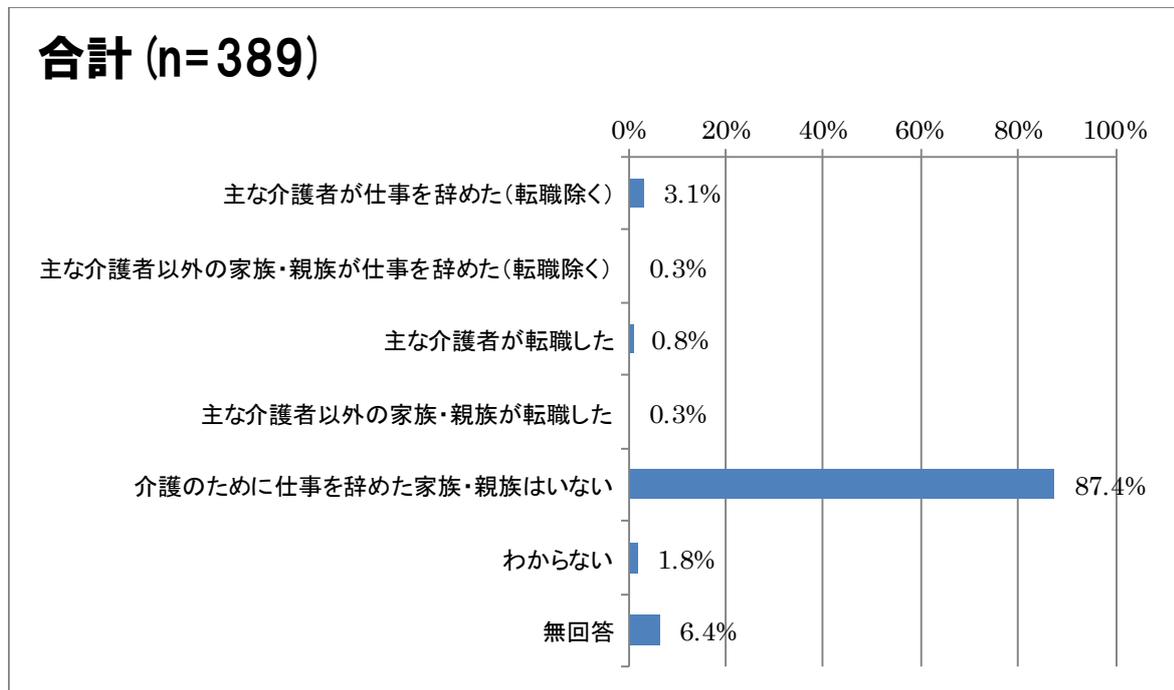
図表 1-6 主な介護者が行っている介護（複数回答）



○主な介護者が行っている介護では、「その他の家事」の割合が最も高く、次に「外出の付き添い、送迎」、「食事の準備」、「金銭管理や生活面に必要な諸手続き」等生活支援に関する介護が多い傾向がみられる。

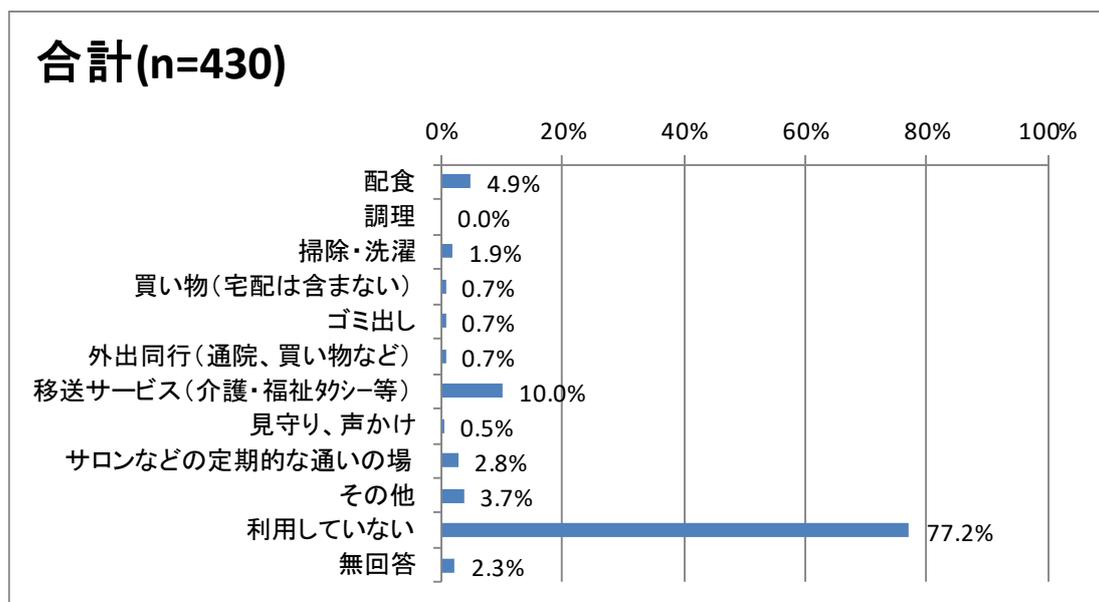
(7) 介護のための離職の有無

図表 1-7 介護のための離職の有無 (複数回答)



(8) 保険外の支援・サービスの利用状況

図表 1-8 保険外の支援・サービスの利用状況 (複数回答)

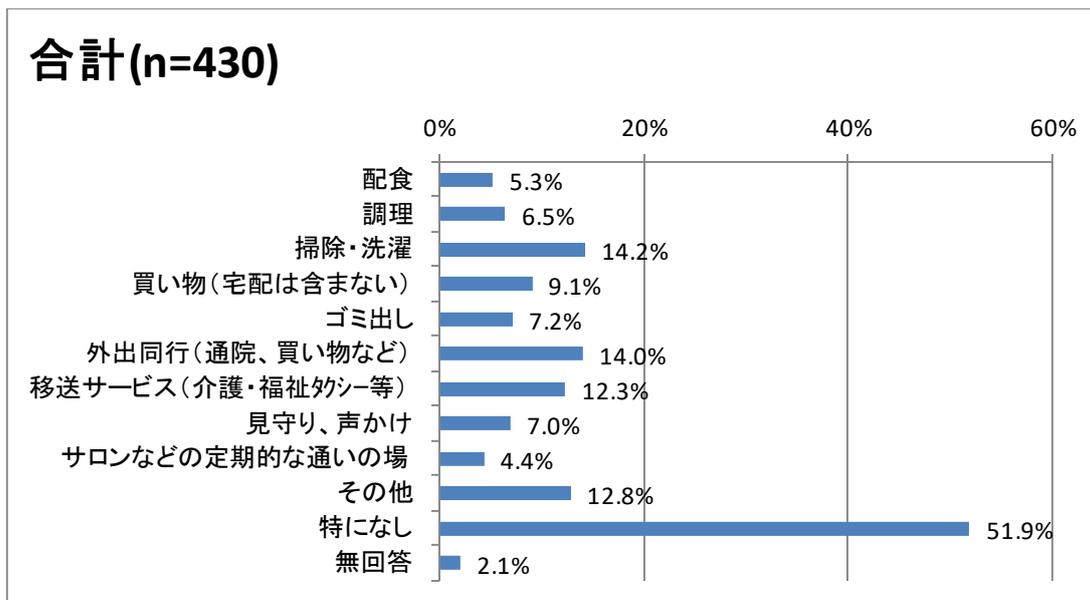


○「介護のために仕事を辞めた家族・親族はいない」が87.4%と8割以上を占めているが、主な介護者の世代から考えると、元々就労していないケースも多いことが考えられる。

保険外の支援・サービスの利用状況では、「利用していない」の割合が高い。

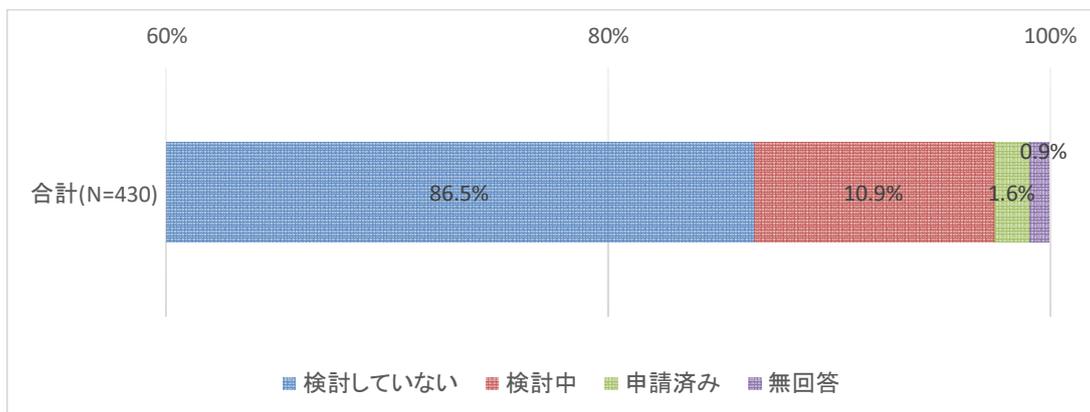
### (9) 在宅生活の継続のために充実が必要な支援・サービス

図表 1-9 在宅生活の継続のために充実が必要な支援・サービス（複数回答）



### (10) 施設等検討の状況

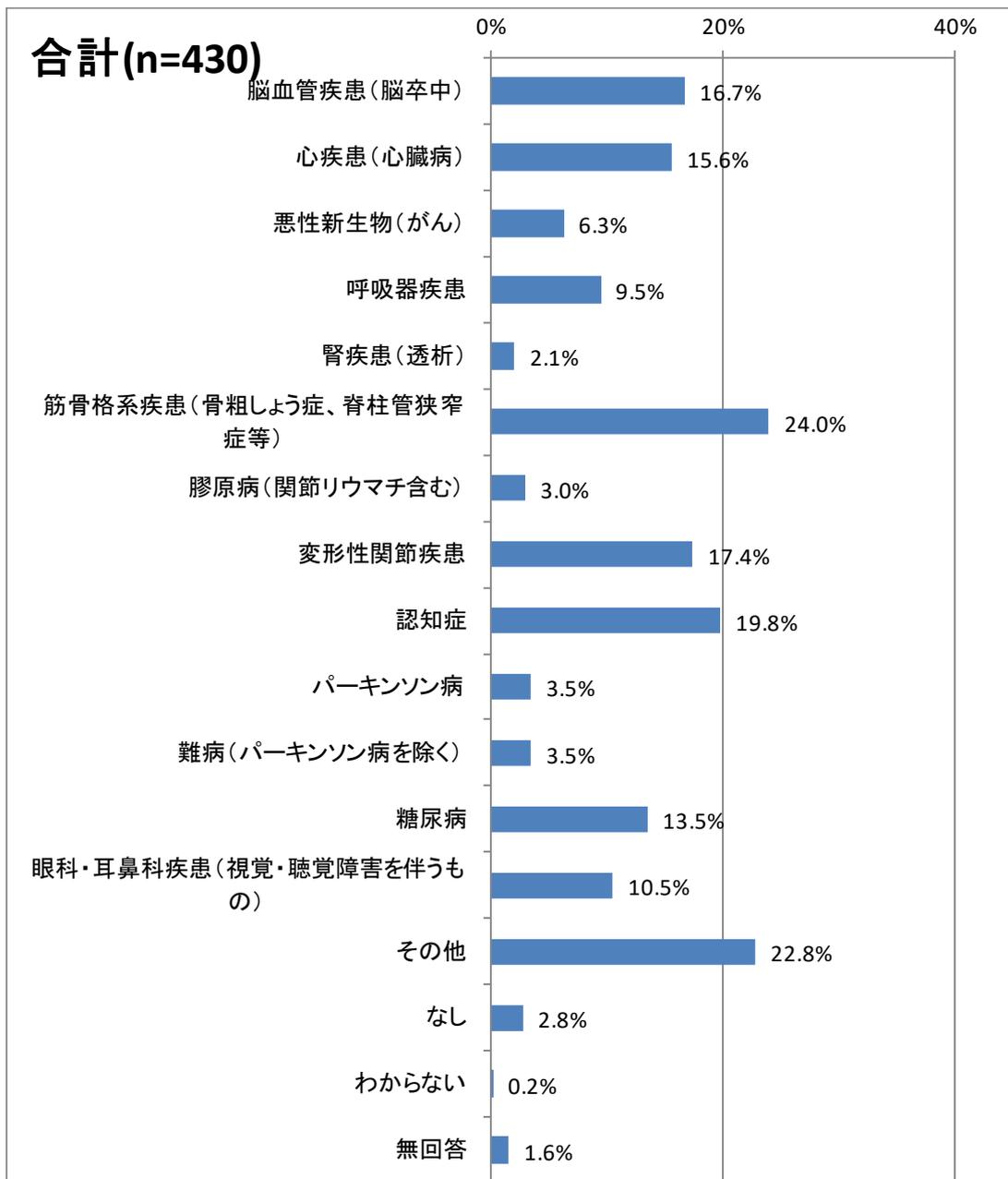
図表 1-10 施設等検討の状況（単数回答）



○在宅生活の継続のために充実が必要な支援・サービスでは、「特になし」の割合が最も高い。施設等検討の状況は、「検討していない」が86.5%と高い状況にある。

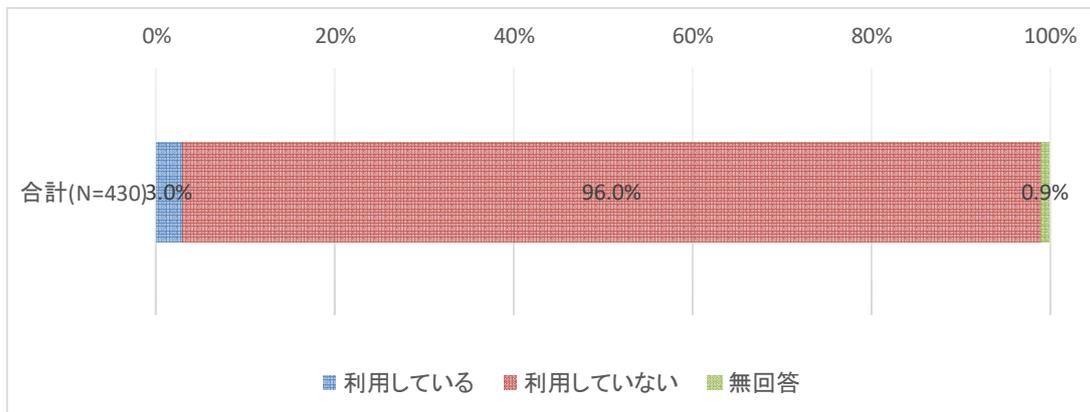
(11) 本人が抱えている傷病

図表 1-11 本人が抱えている傷病（複数回答）



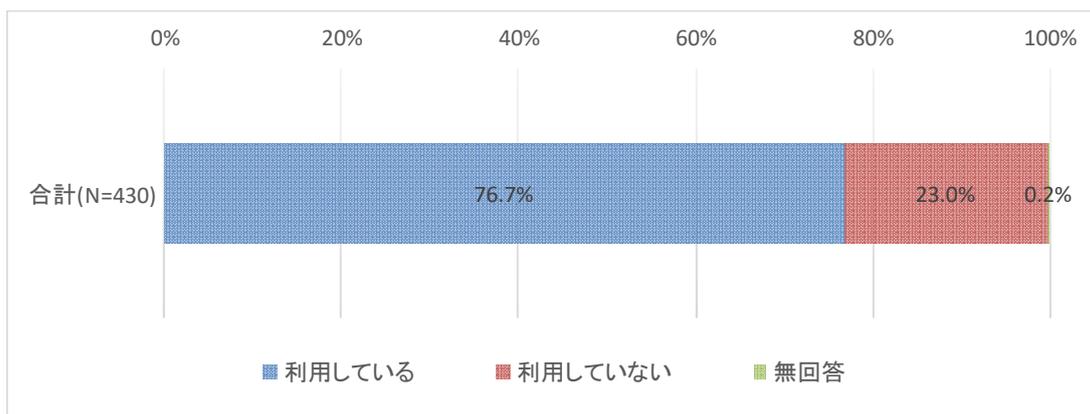
## (12) 訪問診療の利用の有無

図表 1-12 訪問診療の利用の有無 (単数回答)



## (13) 介護保険サービスの利用の有無

図表 1-13 介護保険サービスの利用の有無 (単数回答)

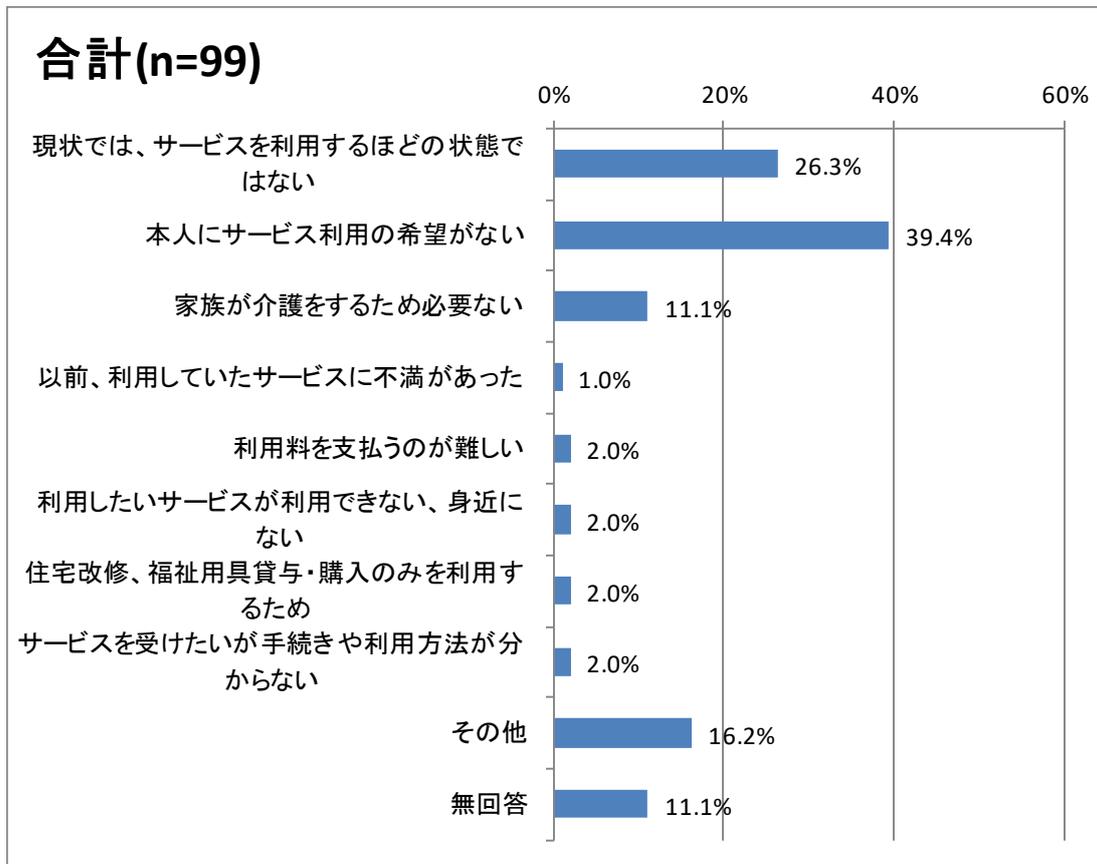


○訪問診療の利用の有無では、「利用している」が3.0%となっており、「利用していない」が96.0%と、利用していない割合が高い。

介護保険サービスの利用の有無では、「利用している」が76.7%と7割以上を占めているが、「利用していない」も23.0%と2割弱の方が介護認定を受けているにも関わらず、サービスを利用していない状況が見られる。

(14) 介護保険サービス未利用の理由

図表 1-14 介護保険サービスの未利用の理由（複数回答）

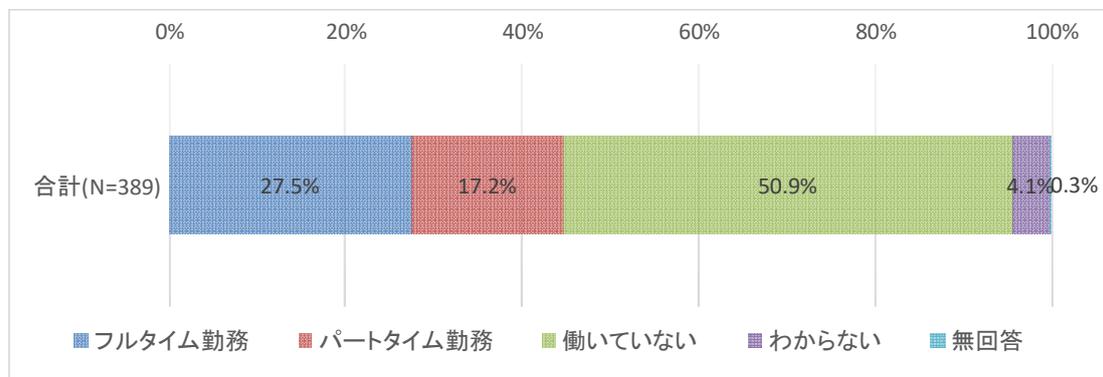


○サービス未利用の理由については、「サービスを利用するほどの状態ではない」「本人にサービス利用の希望がない」の割合が高く、サービスを必要としていない状態での未利用であることが伺える。

## 2 主な介護者様用の調査項目（B票）

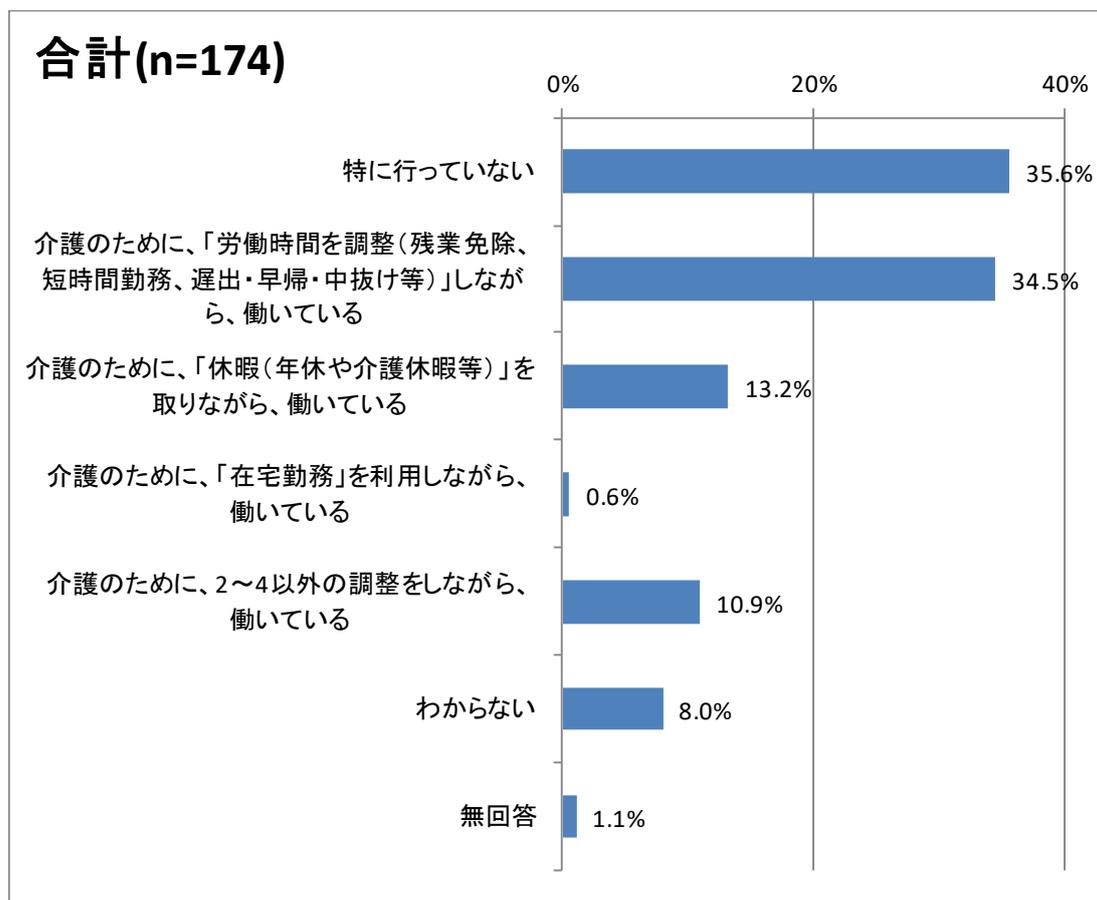
### （1）主な介護者の勤務形態

図表 2-1 主な介護者の勤務形態（単数回答）



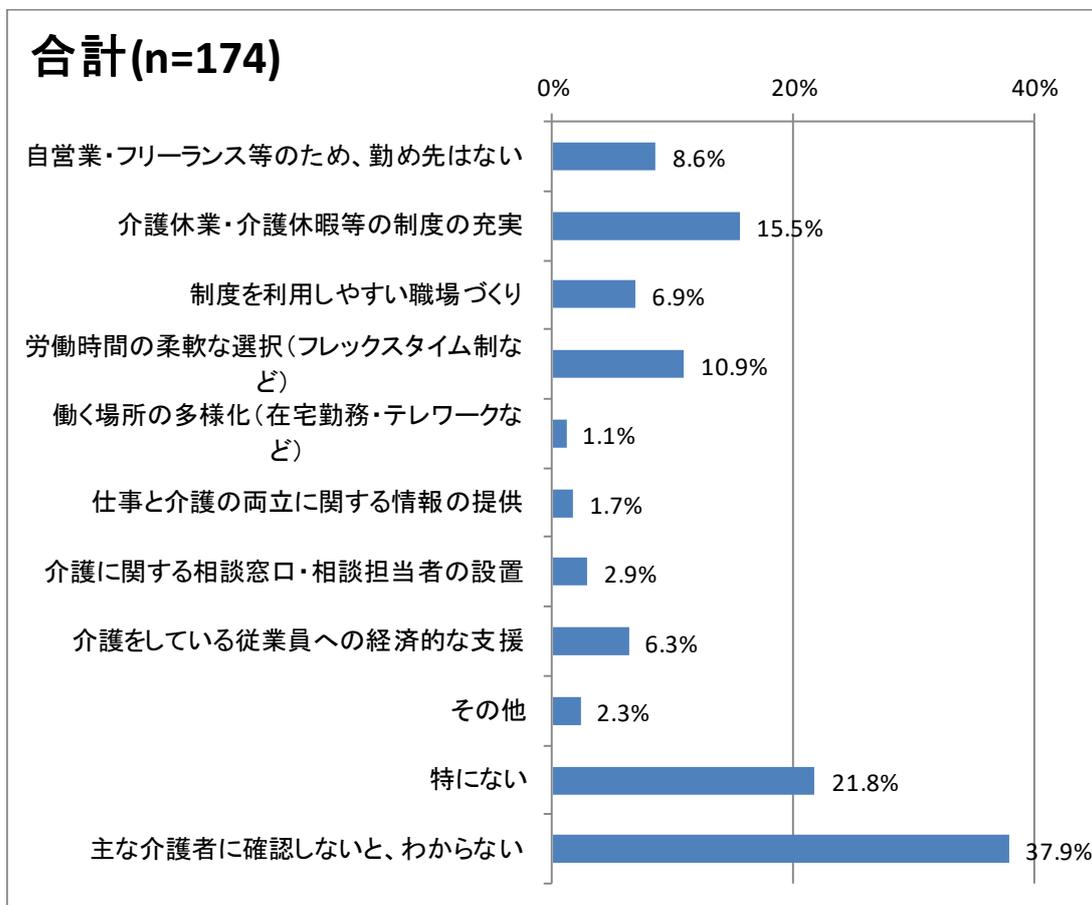
### （2）主な介護者の方の働き方の調整の状況

図表 2-2 主な介護者の働き方の調整の状況（複数回答）



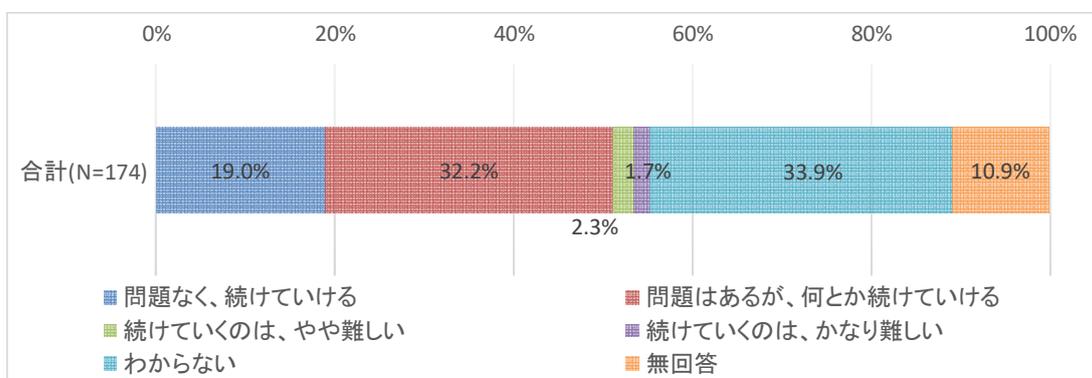
### (3) 就労の継続に向けて効果的であると考えられる勤め先からの支援

図表 2-3 就労の継続に向けて効果的であると考えられる勤め先からの支援（複数回答）



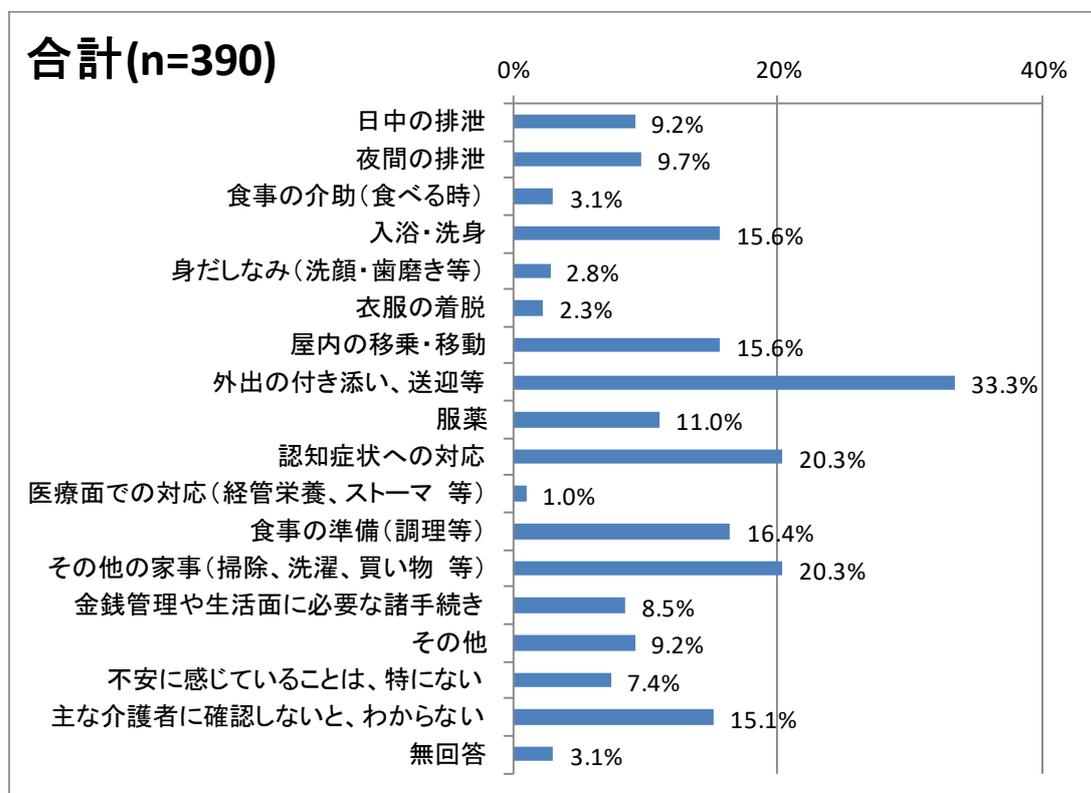
### (4) 主な介護者の就労継続の可否に係る意識

図表 2-4 主な介護者の就労継続の可否に係る意識（単数回答）



## (5) 今後の在宅生活の継続に向けて、主な介護者が不安に感じる介護

図表 2-5 今後の在宅生活の継続に向けて、主な介護者が不安に感じる介護（複数回答）

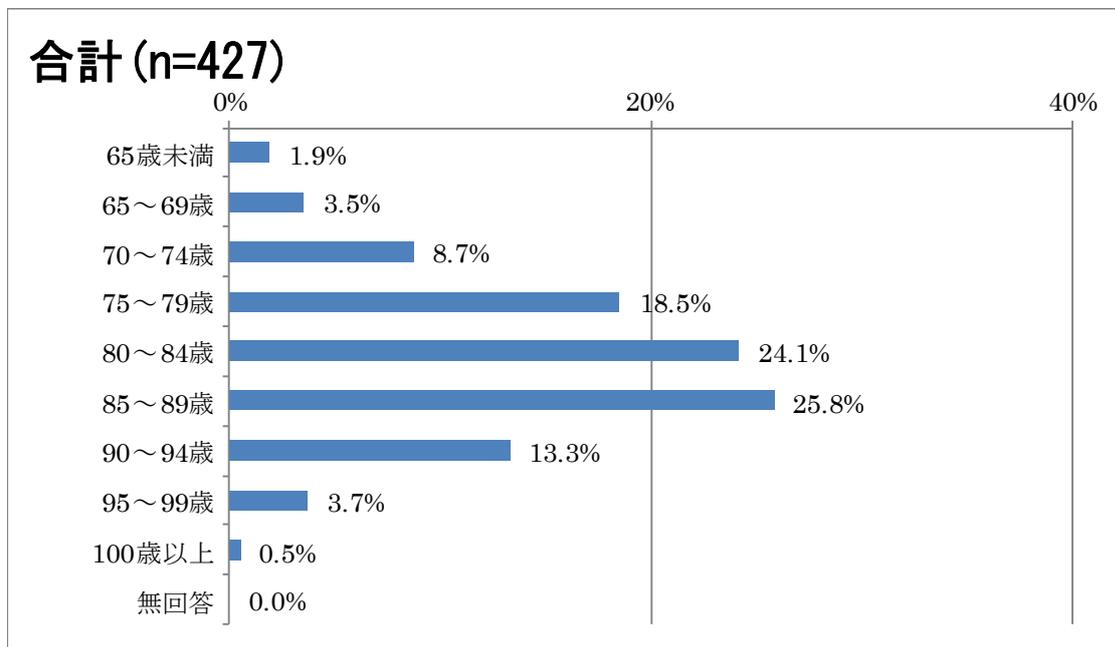


○主な介護者の方の働き方の調整状況では、「特に行っていない」と、「介護のために労働時間を調整しながら働いている」の割合が同じくらいであり、就労継続に効果的である勤務先の支援では、「特にない」の割合が高いものの、介護休暇等の制度の充実や、労働時間の柔軟な選択等を希望している割合も高い。

### 3 要介護認定データ

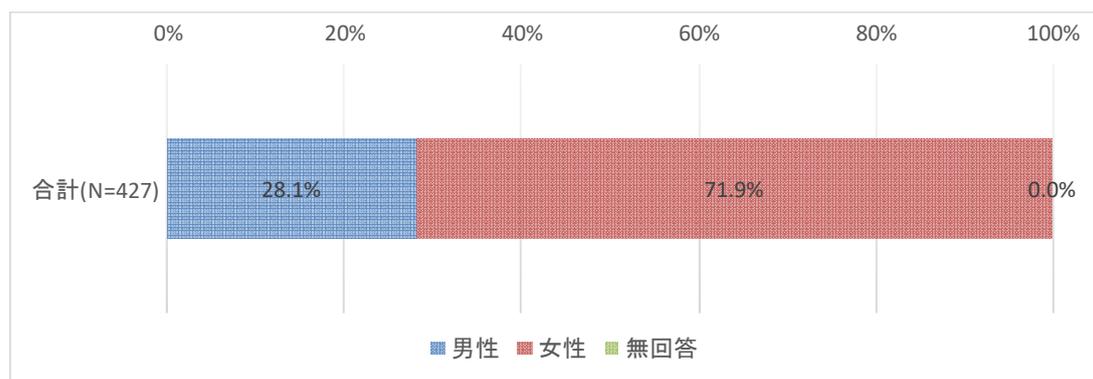
#### (1) 年齢

図表 3-1 年齢



#### (2) 性別

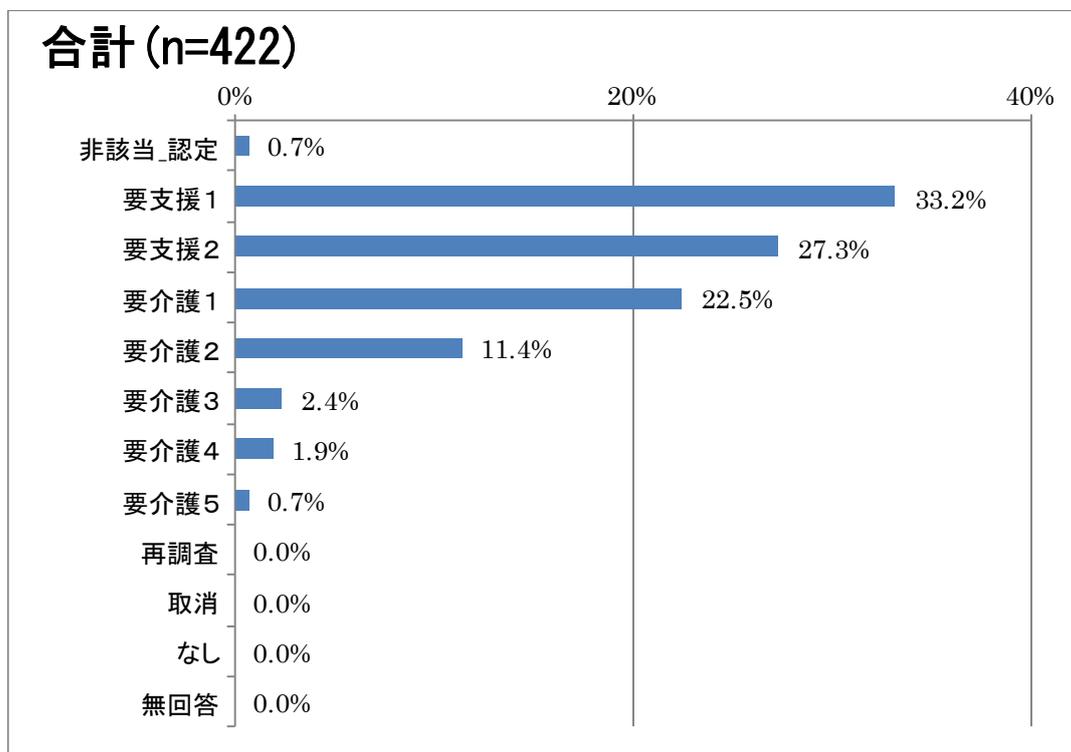
図表 3-2 性別



○認定者数は70代後半から80代が多く、約7割が女性である。

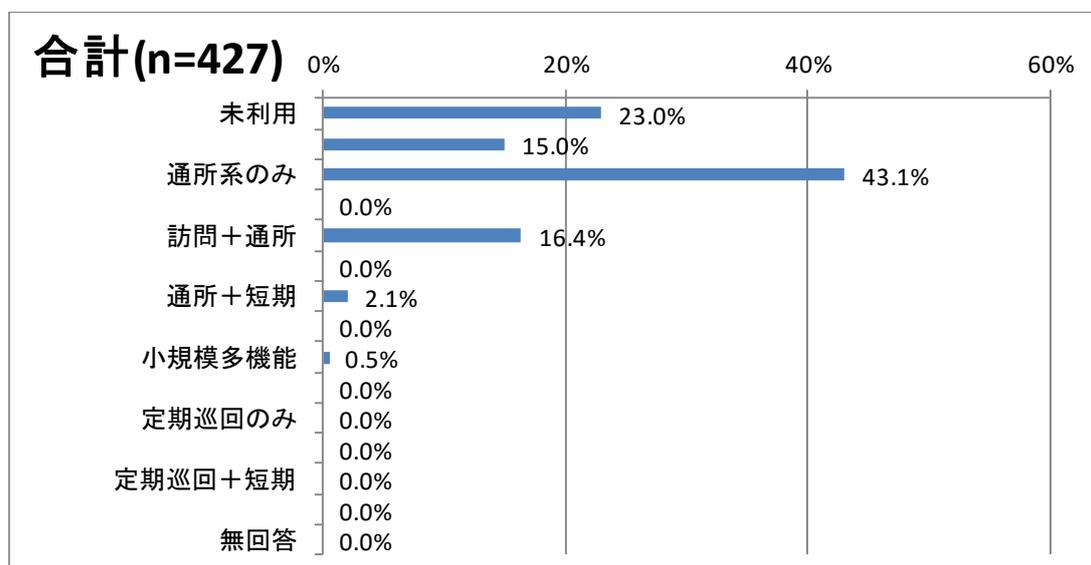
## (3) 二次判定結果（要介護度）

図表 3-3 二次判定結果



## (4) サービス利用の組み合わせ

図表 3-4 サービス利用の組み合わせ

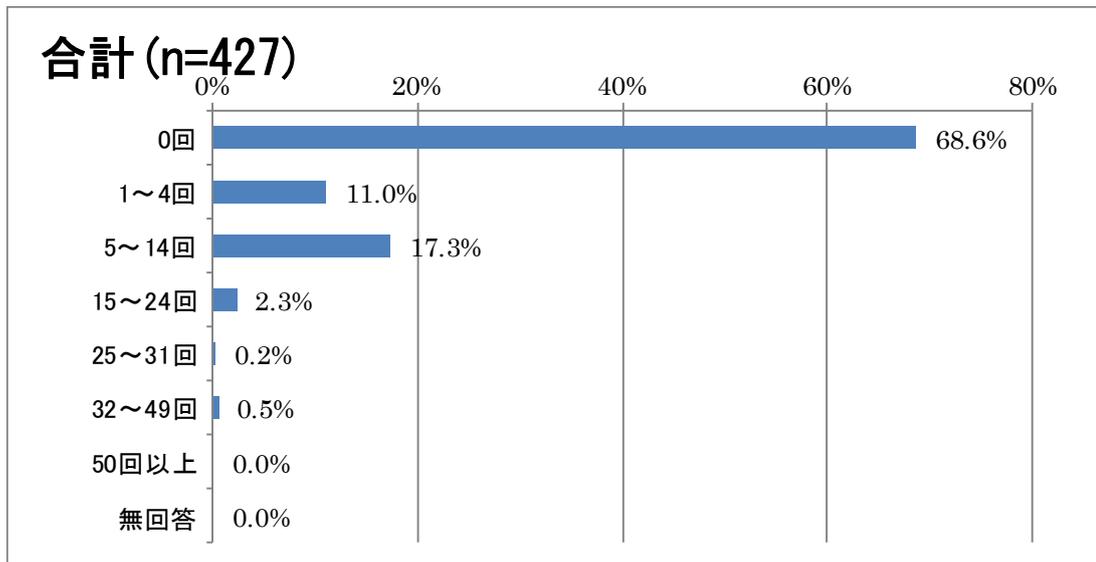


○今回の調査対象である在宅生活者において、要支援1が最も多く、次いで要支援2、要介護1と続いており、要介護3からの割合が低くなるため、要介護3以上の状態での在宅生活は難しい状況にあることが考えられる。

サービス利用においては、通所系のみ利用が最も多い。

(5) 訪問系サービスの合計利用回数

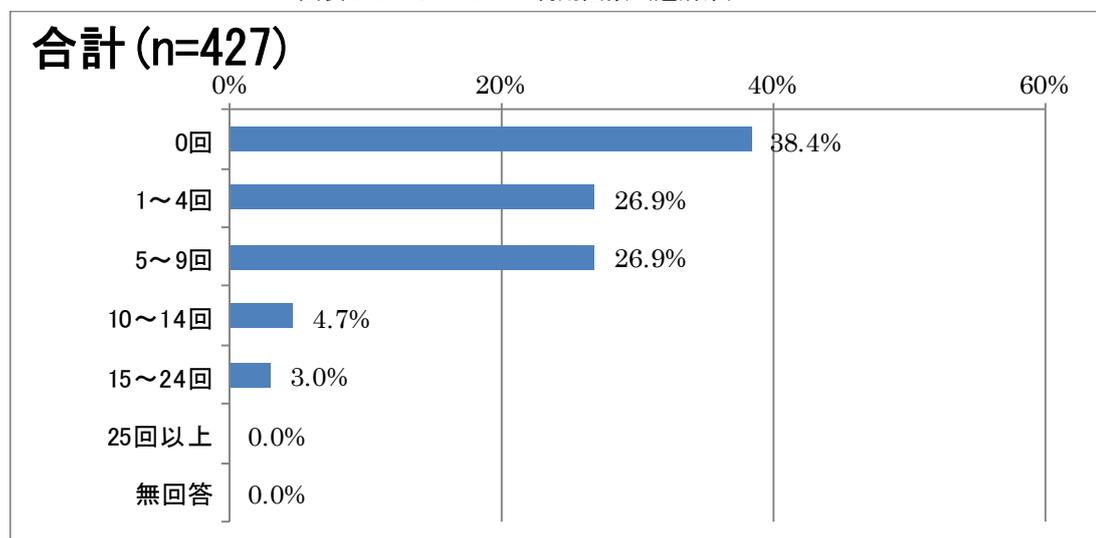
図表 3-5 サービスの利用回数（訪問系）



○訪問系のサービスの利用は0回の割合が最も高く、訪問系の利用は少ない傾向にあることが伺える。

(6) 通所系サービスの合計利用回数

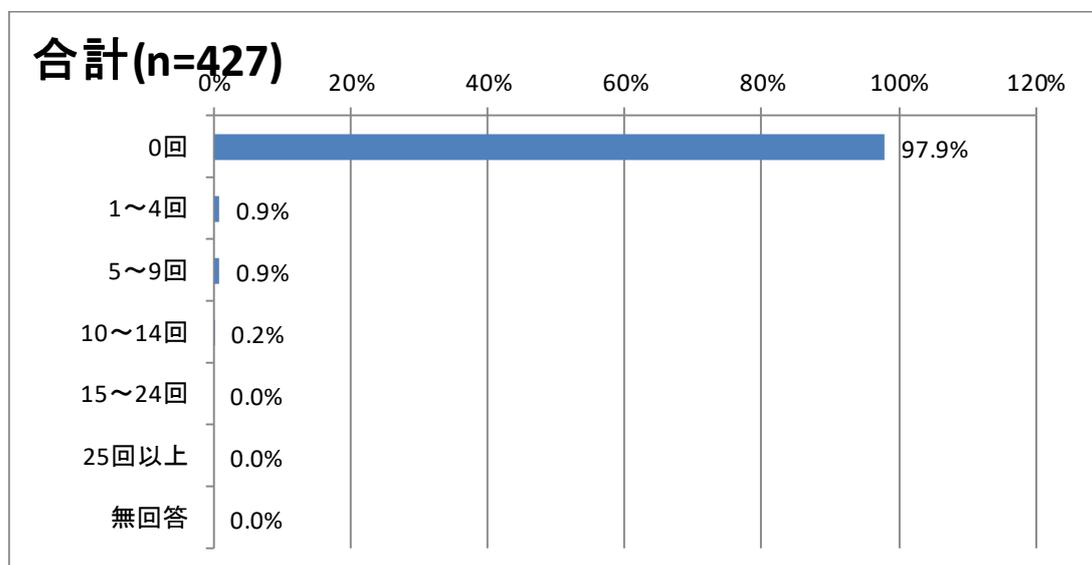
図表 3-6 サービスの利用回数（通所系）



○通所系サービスの利用回数も0回の割合が最も高い。  
次いで1～4回、5～9回が同率となっている。

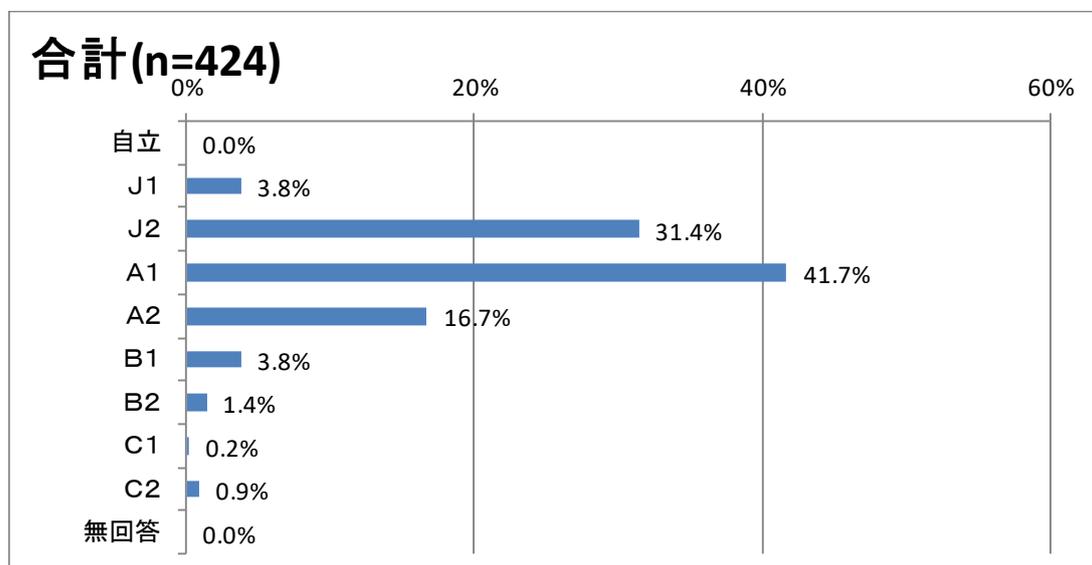
## (7) 短期系サービスの合計利用回数

図表 3-7 サービスの利用回数（短期系）



## (8) 障害高齢者の日常生活自立度

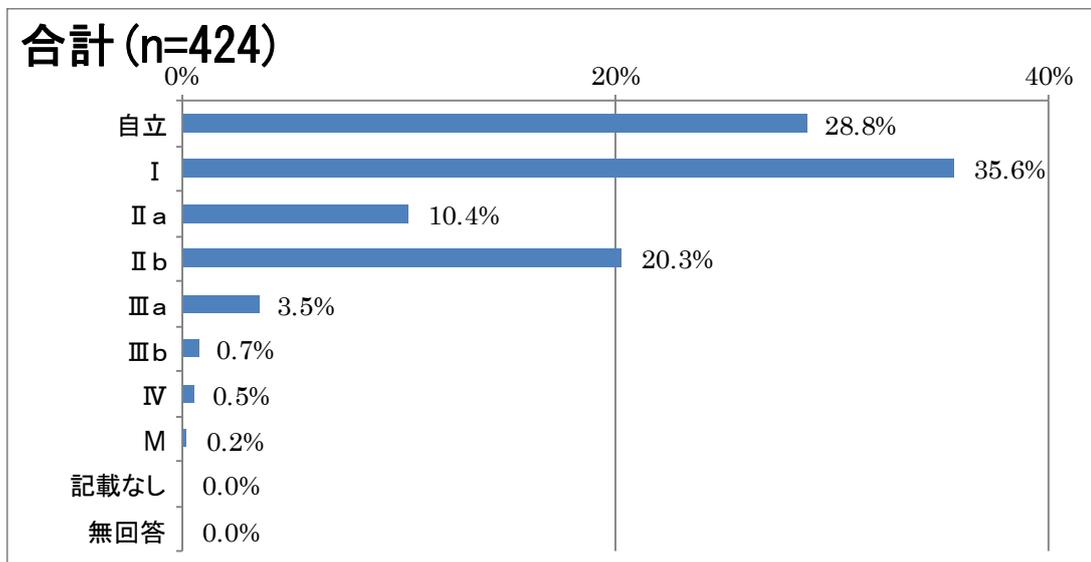
図表 3-8 障害高齢者の日常生活自立度



○在宅生活者では、介護度の軽い方が多いためか、短期系サービスの利用も少ない傾向が伺える。

## (9) 認知症高齢者の日常生活自立度

図表 3-9 認知症高齢者の日常生活自立度



○認知症高齢者の日常生活自立度は、「I」の割合が最も高く、次いで「自立」の割合が高いものの、「I」以上が7割を占めており、認定者においては、何らかの認知症状があることが伺える。

## (3) 介護サービス事業者調査

### 調査の概要

#### 1. 調査の目的

登別市における地域包括ケアシステムの深化・推進及び第8期介護保険事業計画の策定にあたり、登別市内で介護サービスを提供する事業者に対して今後の施設整備意向やサービス提供の課題を調査し、今後の介護サービス提供基盤の整備に係る施策展開に活用することを目的とする。

#### 2. 調査対象

令和2年3月1日現在で、登別市内で介護サービスを提供する31の法人

#### 3. 調査内容

①介護サービス、②人材育成、③医療介護連携、④高齢者の日常生活上の支援等について、目次に記載の20項目

#### 4. 調査方法

メールによる配布・回収

#### 5. 調査期間

令和2年3月16日～4月21日

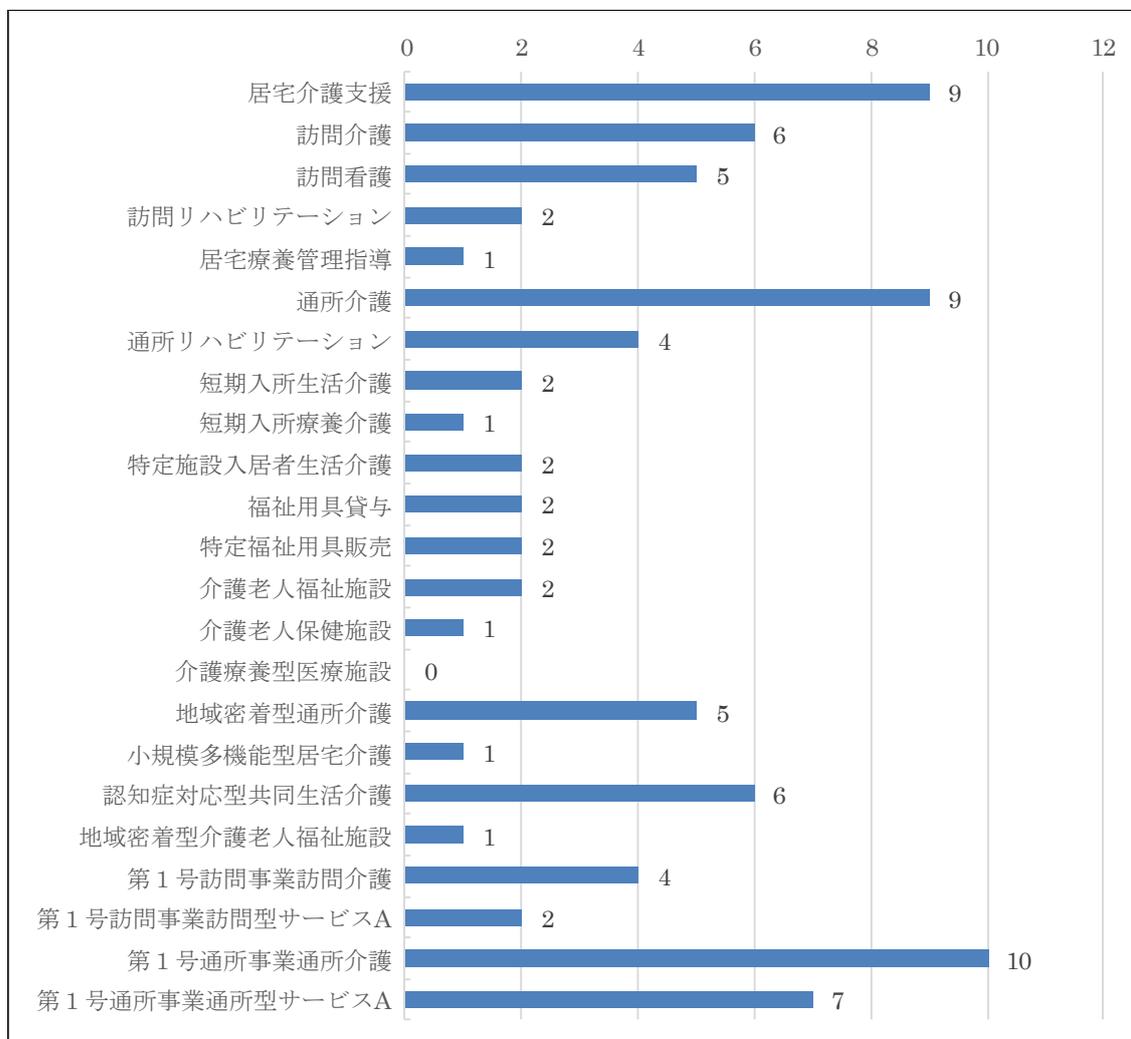
#### 6. 回収状況

配布数	31件
有効回答数	31件

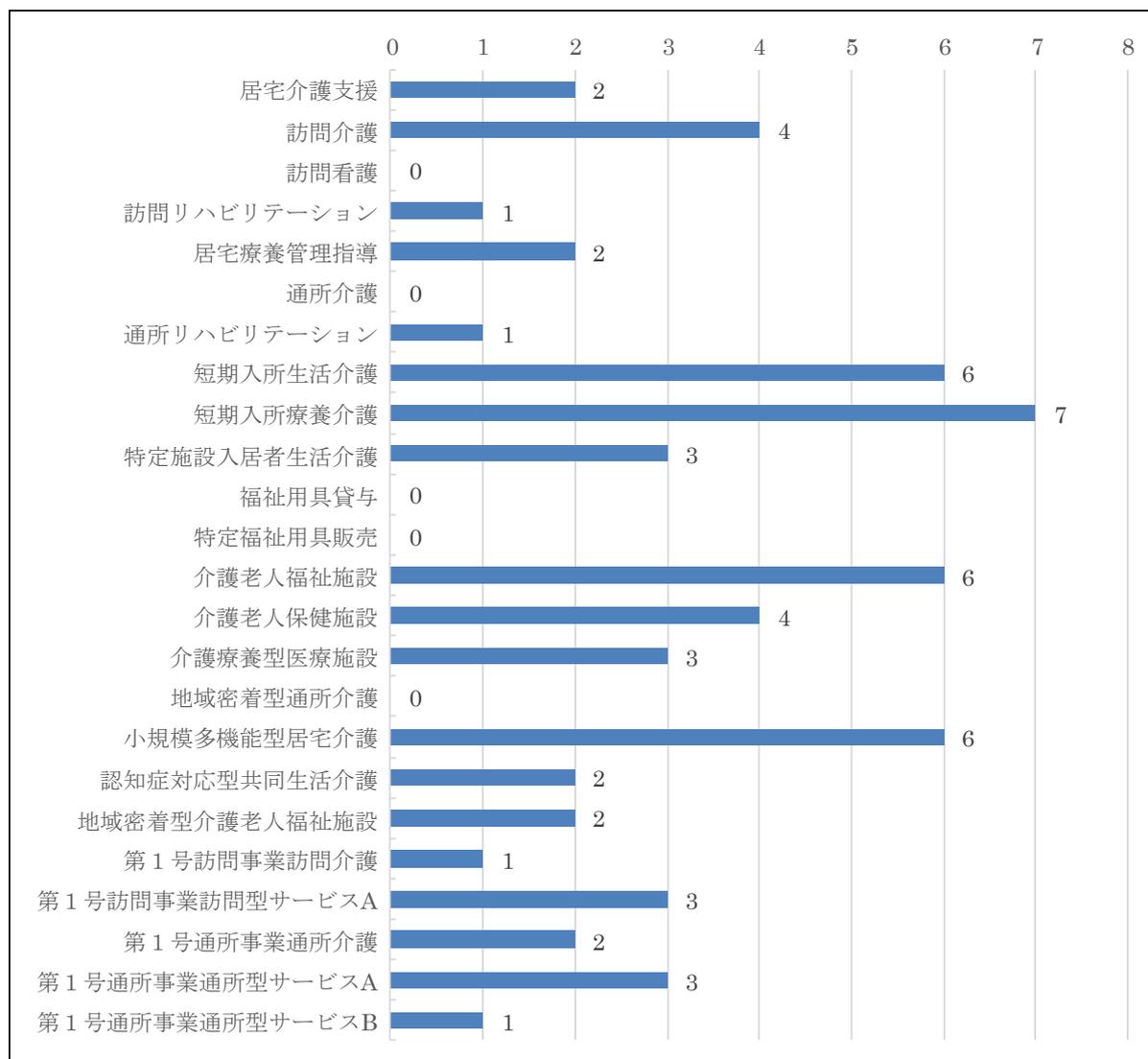
## 調査結果の概要 【概要】

## 第1節 介護サービスについて

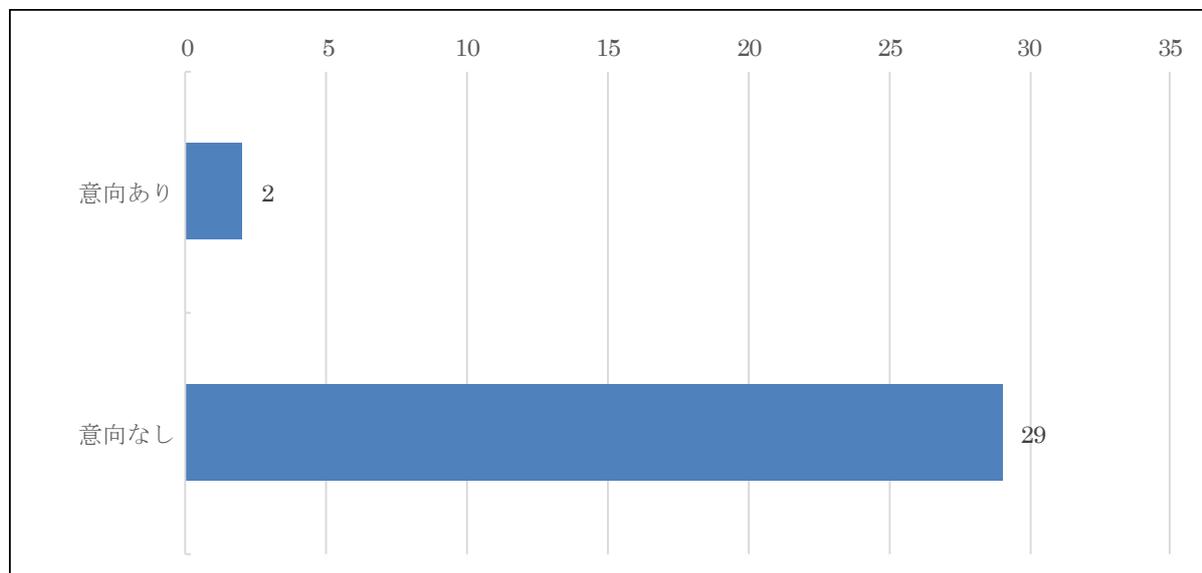
問1 登別市内で提供しているサービス種別を選択してください。(あてはまる番号を全て選ぶ)



問2 登別市で不足していると考えられるサービス（介護予防含む）を選択してください。（あてはまる番号を全て選ぶ）



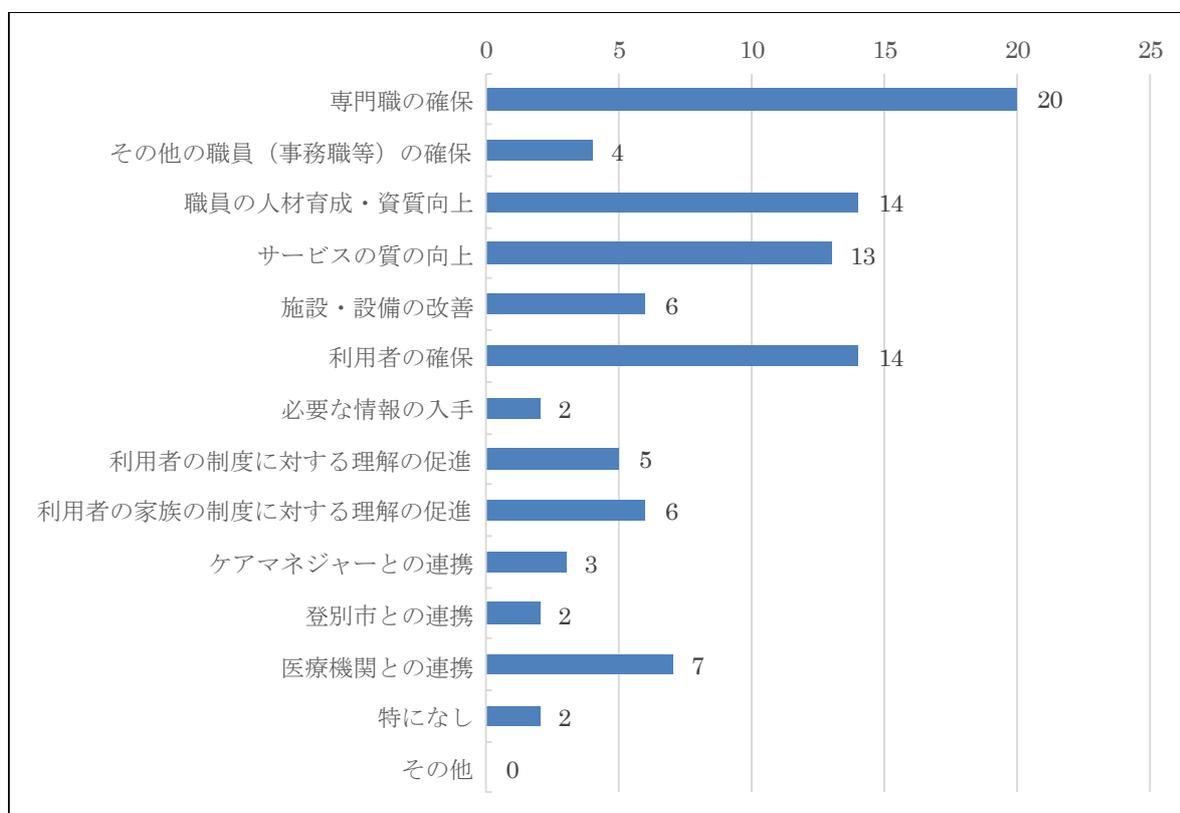
**問3** 貴法人では、現段階において令和5年度までに登別市内に以下の介護保険関係施設を新規（増床含む）で整備したい意向はありますか。意向がある場合は、整備希望数や開始希望時期、候補の場所（町名等）を記入してください。



**問4** 貴法人では、令和5年度までに次のサービスへの参入意向はありますか。それぞれのサービス毎に該当する項目に○印を記入してください

	令和5年度までの参入を前提に準備を進めている	参入意向はあるが令和6年度以降の見込	現段階ではわからない	参入意向はない
看護小規模多機能型居宅介護	0	0	2	12
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	0	0	2	12
夜間対応型訪問介護	0	0	1	12

問5 事業運営にあたり課題となっていることを選択してください。(あてはまる番号を全て選ぶ)



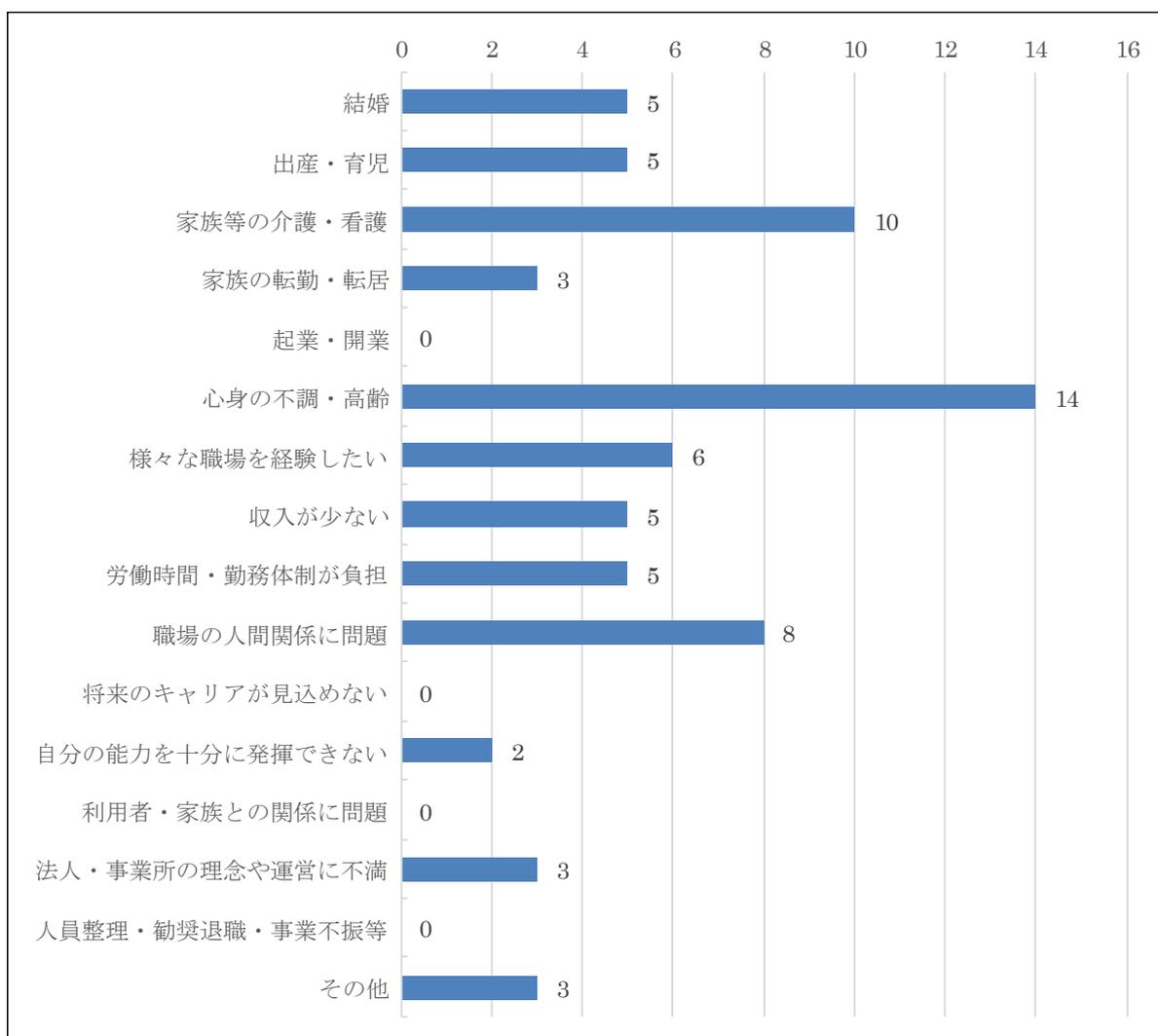
## 第2節 介護人材育成・確保について

問6 平成30年4月1日時点の従業員数と平成30年度における採用者数と離職者数を記入してください。

(単位：人)

従業員数	採用者数	離職者数
1192	216	189

問7 問6の離職者の離職理由について、多い順番に1～5まで番号を記入してください。



※「その他」の内容

- ・定年

問8 平成31年4月1日時点の職員数（事務職等含む）を、勤務年数ごとに正規・非正規に分けて記入してください。

（単位：人）

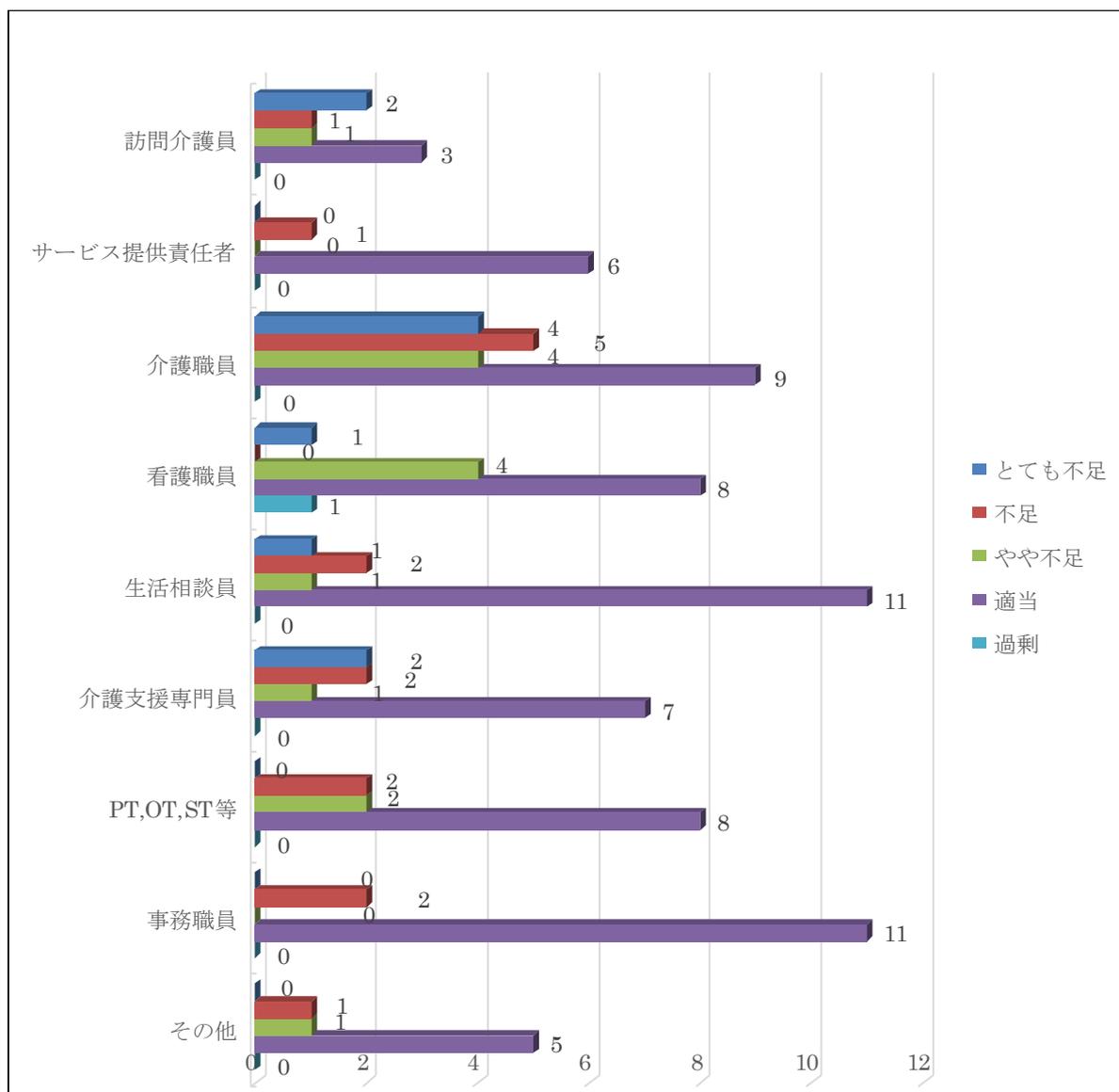
	1年未満	1年以上3年未満	3年以上
正規職員数	78	157	531
非正規職員数	70	109	228

問9 現在のサービス提供状況からみて、職員数の過不足はありますか。

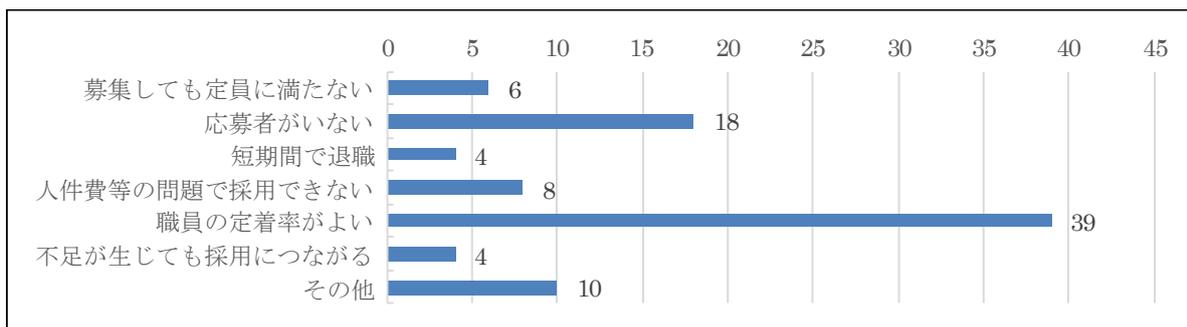
※「過不足の状況」欄のいずれかに○印を付けてください。

※「理由」は、下段の表から選択し、該当する番号を記入してください。

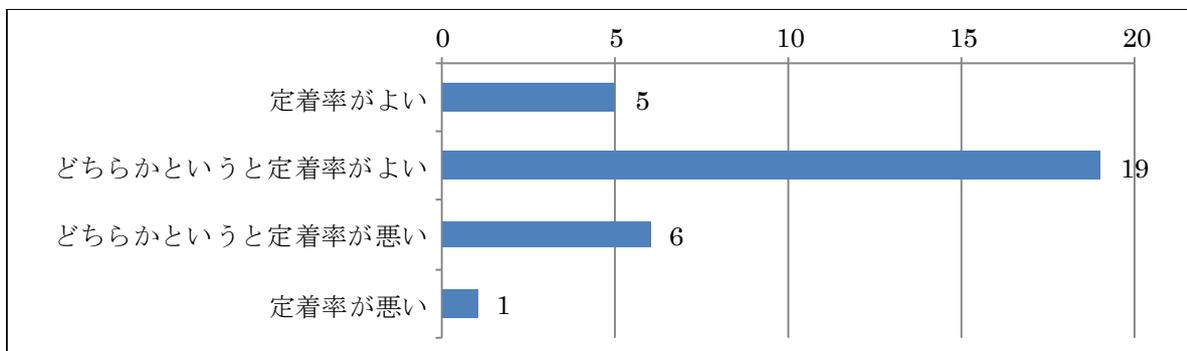
〈過不足の状況〉



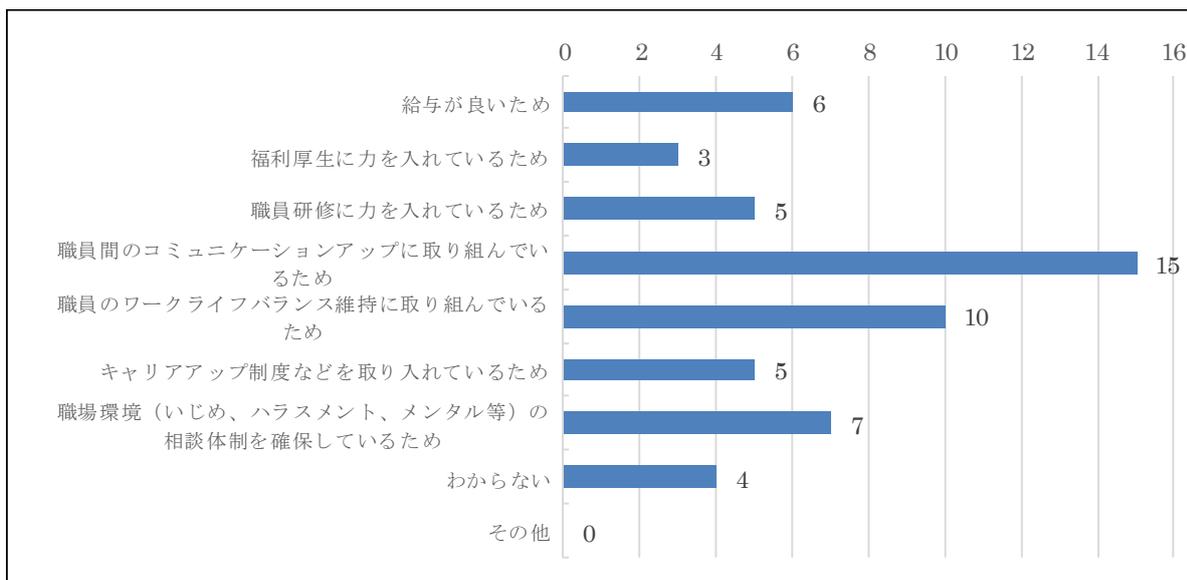
〈理由〉



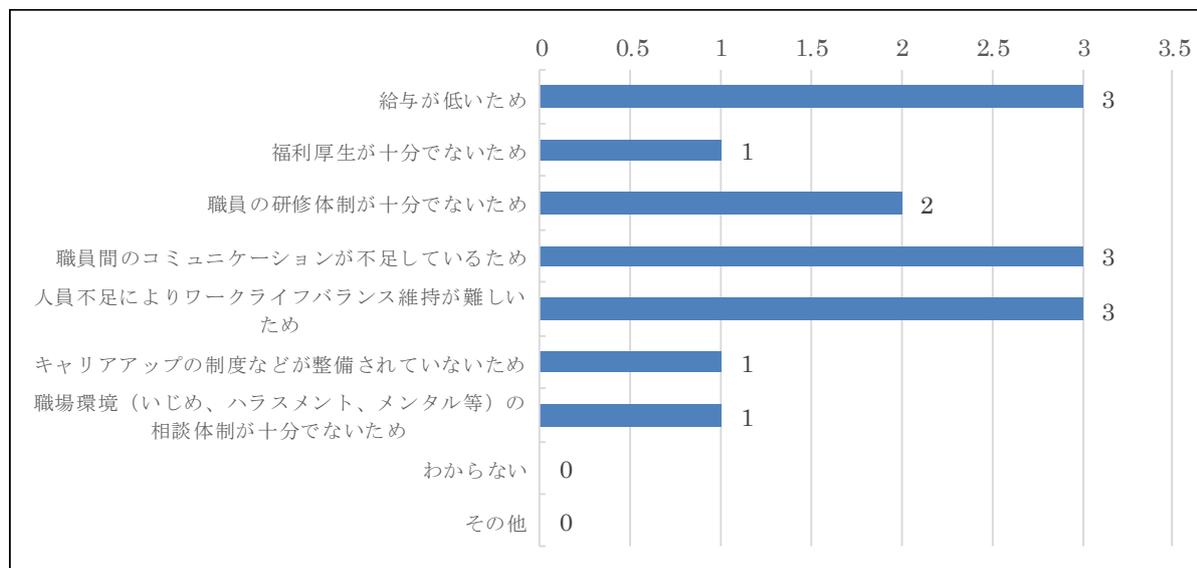
問 10 職員の定着率をどう感じていますか。(ひとつ選ぶ)



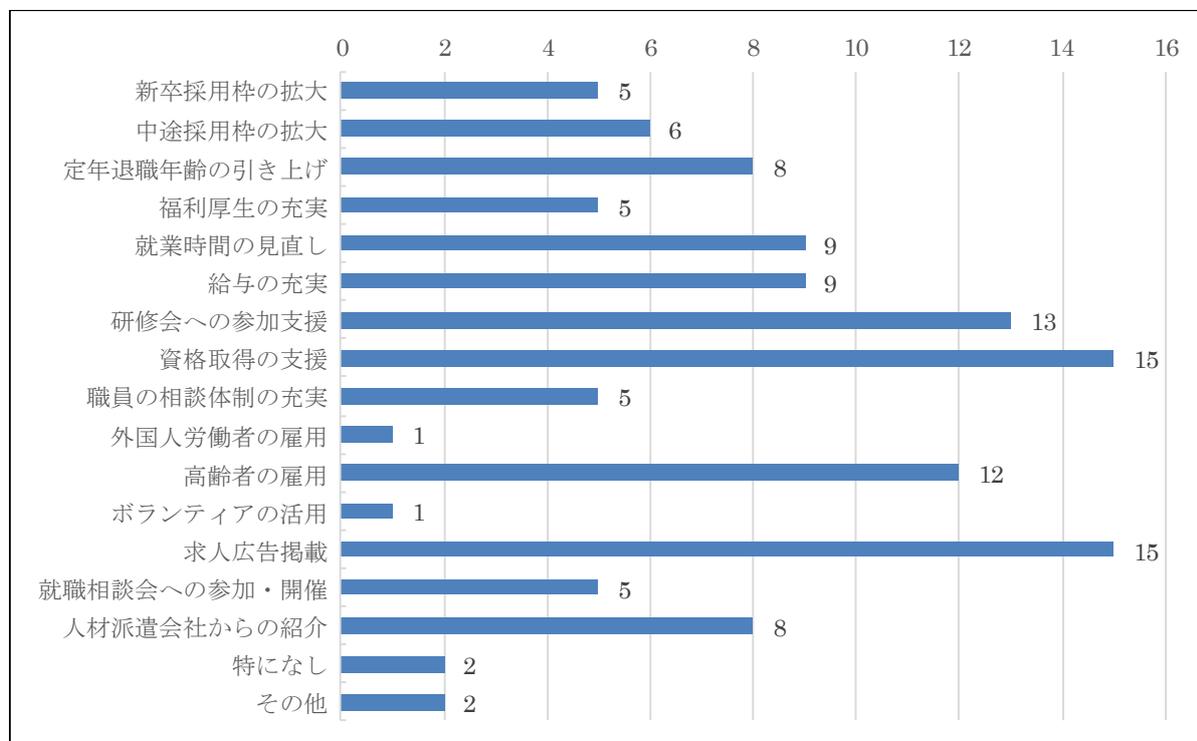
問 11 問 10 で「定着率がよい」又は「どちらかという而定着率がよい」と答えた事業所のみにお聞きします。職員の定着率が良い主な理由は何だと思えますか。(3つまで選ぶ)



問12 問10で「どちらかという而定着率が悪い」又は「定着率が悪い」と答えた事業所のみにお聞きします。職員の定着率が悪い主な理由は何だと思えますか。(3つまで選ぶ)



問13 人材確保のために行っている取り組みは何ですか。(あてはまる番号を全て選ぶ)

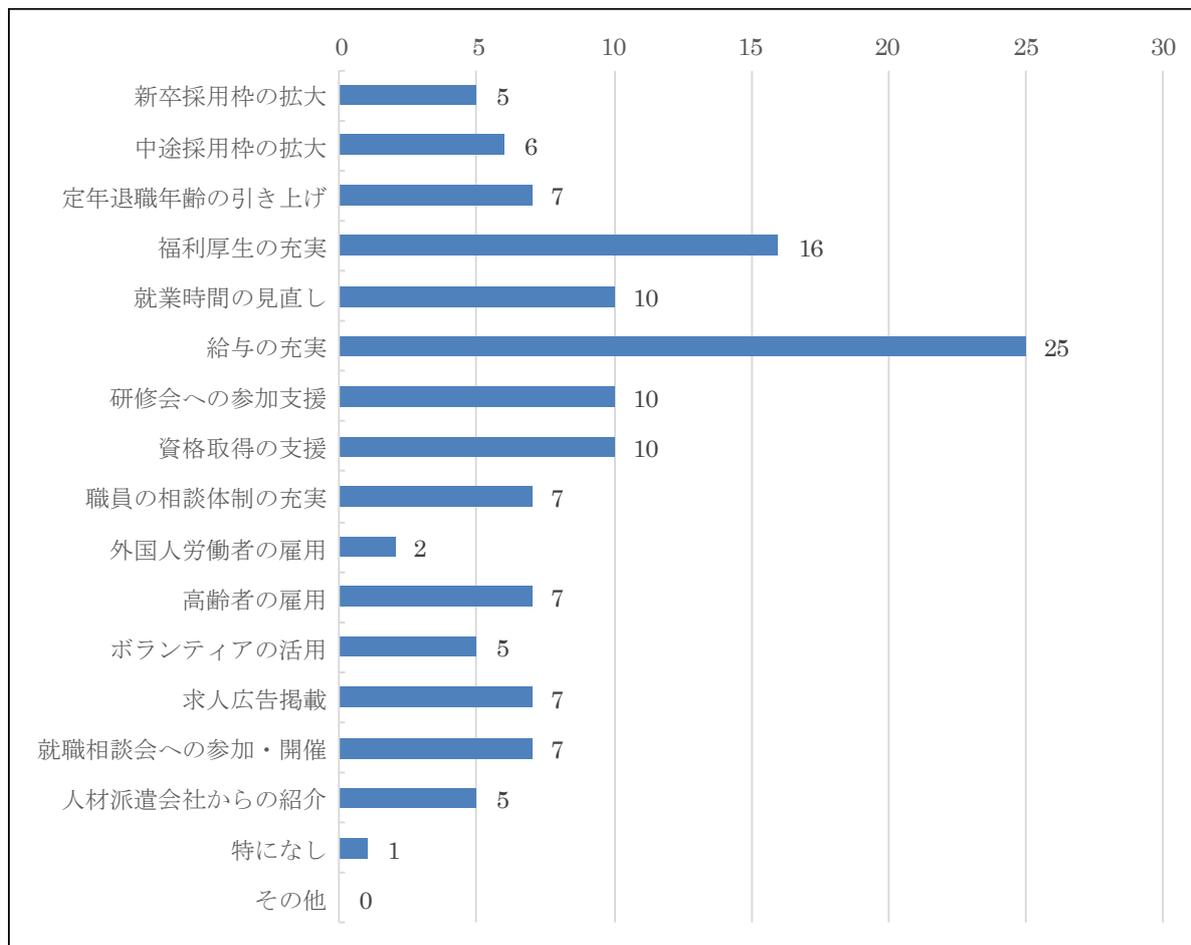


※「その他」の内容

- ・有給休暇の高消化率

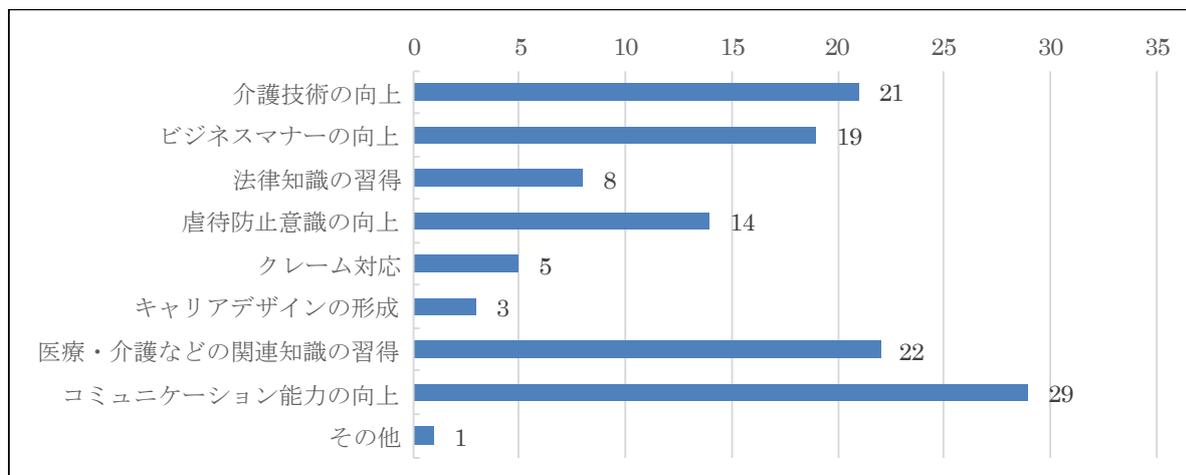
問 14 人材確保のために今後必要だと思う取り組みは何ですか。

(あてはまる番号を全て選ぶ)



問 15 職員の資質向上のために必要だと思うことは何ですか。

(あてはまる番号を全て選ぶ)

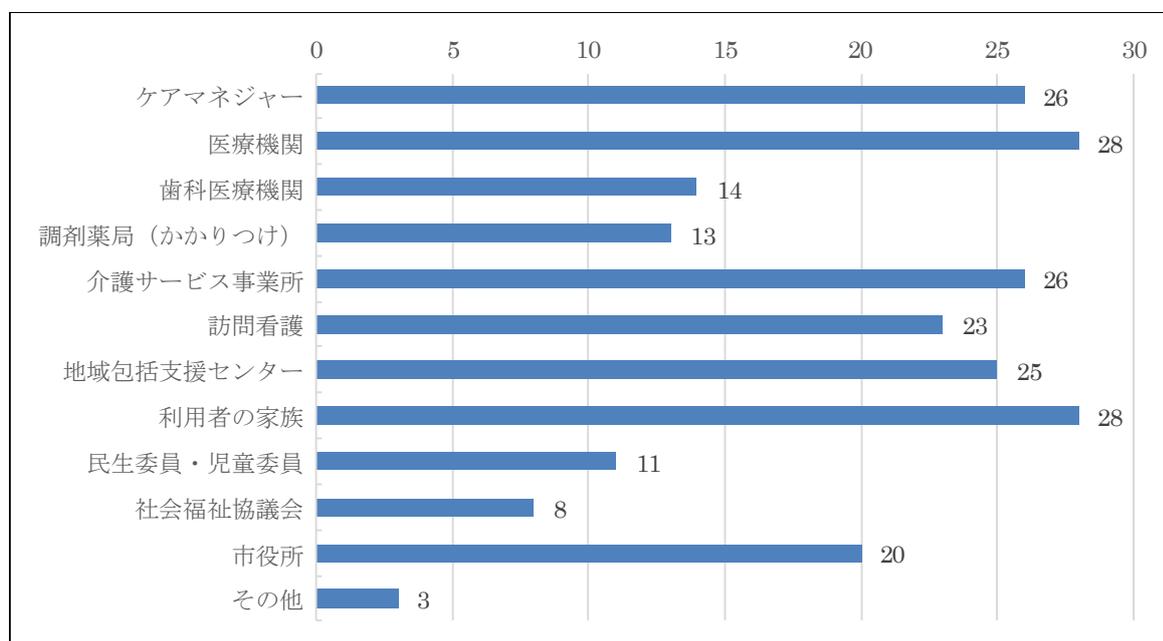


※「その他」の内容

- ・ 研修参加できる環境整備

### 第3節 在宅医療・介護の連携について

問16 在宅の介護を支えていくうえで、連携が必要だと考える関係機関・関係者を選択してください。（あてはまる番号を全て選ぶ）

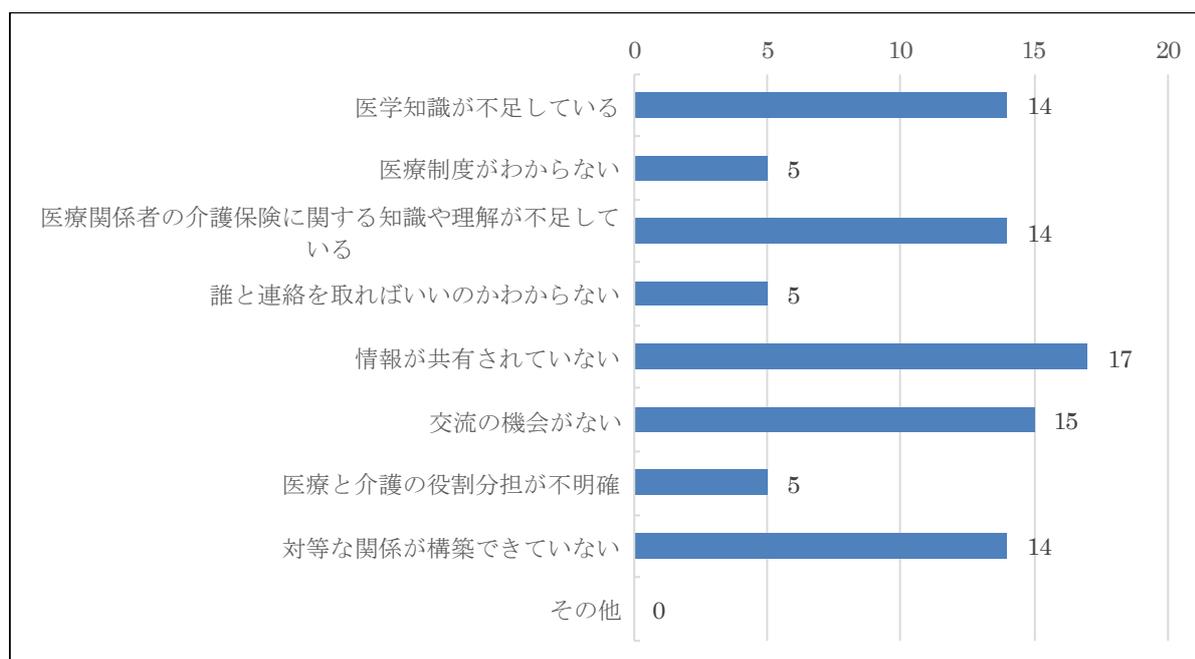


※「その他」の内容

- ・ かかわりのある地域の人
- ・ ボランティア団体
- ・ 消防

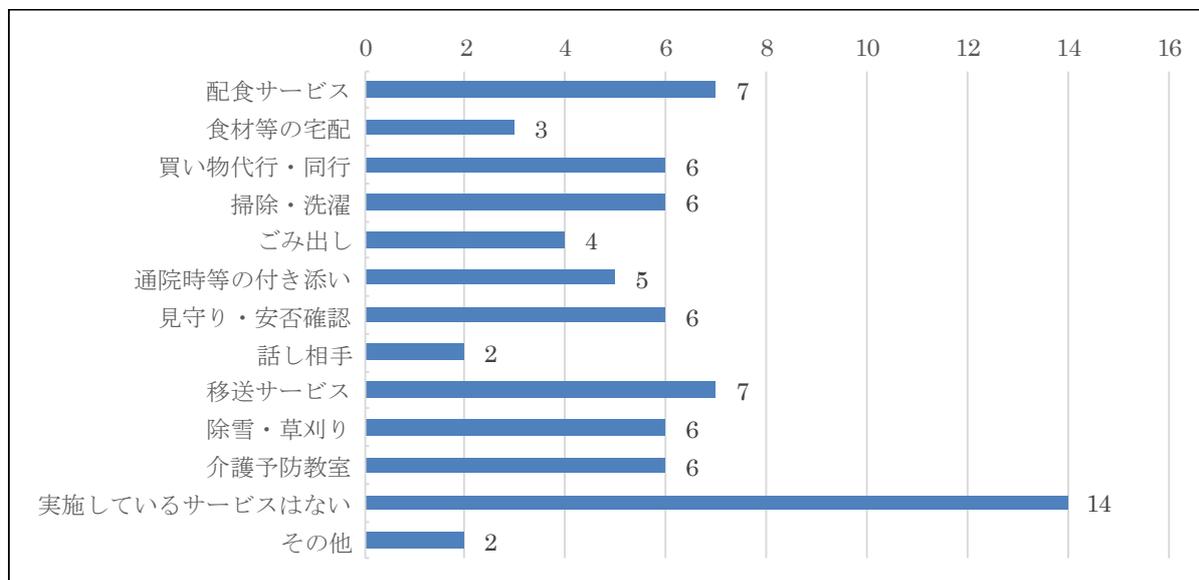
問17 医療と介護が連携していく上で、課題だと思うことは何ですか。

（あてはまる番号を全て選ぶ）



## 第4節 高齢者の日常生活上の支援・介護予防等について

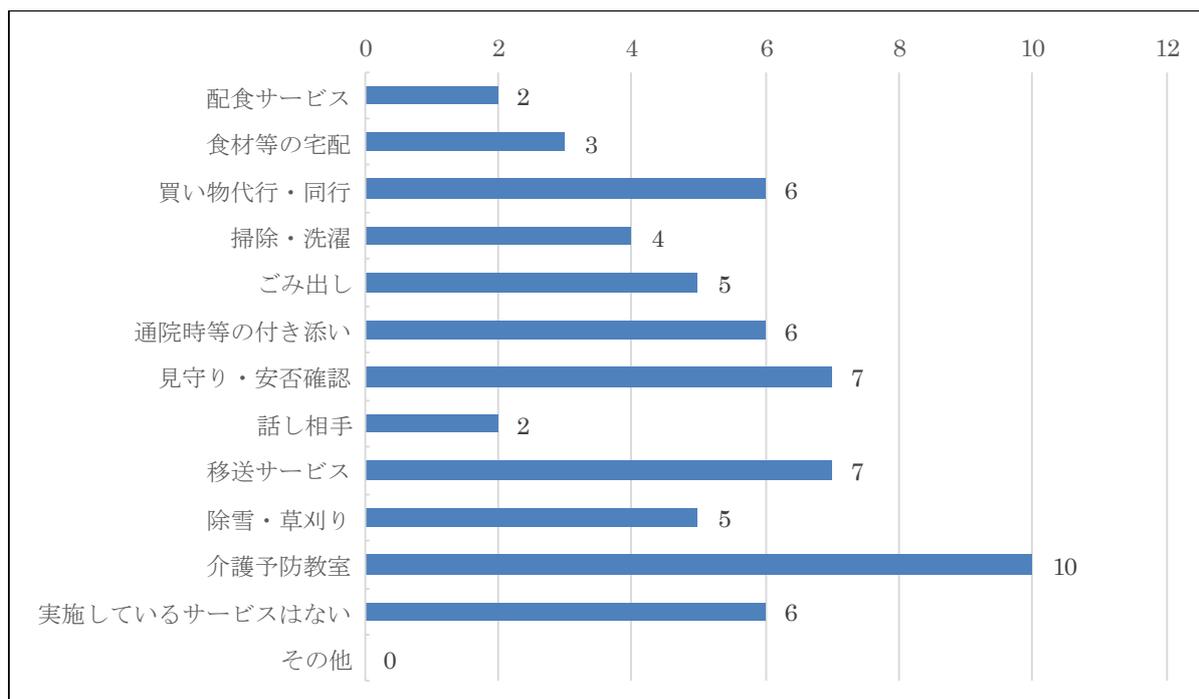
問18 現在、登別市内で実施している介護保険制度外で高齢者の日常生活上の支援や介護予防等のサービスはありますか。(あてはまる番号を全て選ぶ)



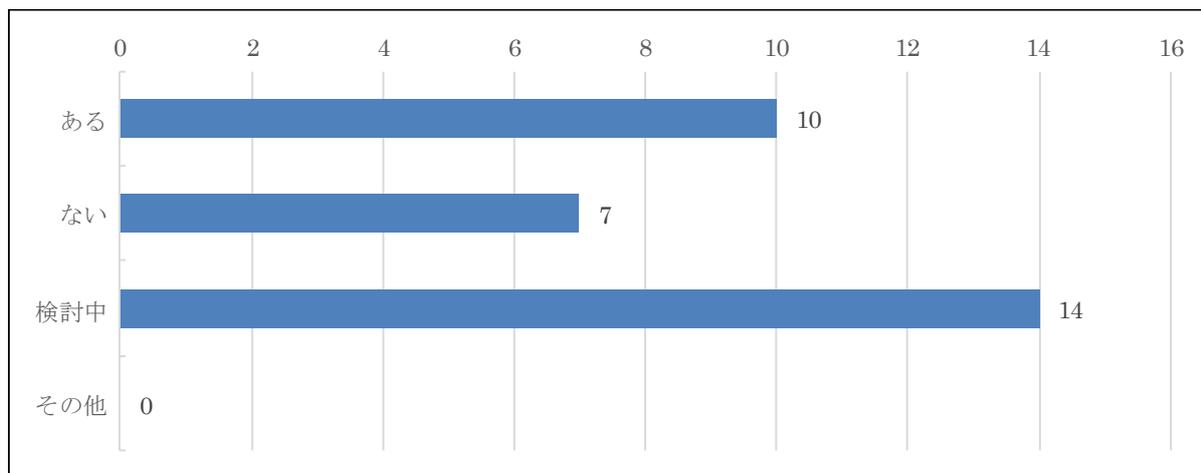
※「その他」の内容

- ・鍵預かりサービス

問19 今後、登別市内で実施する予定又は興味がある介護保険制度外で高齢者の日常生活上の支援や介護予防等のサービスはありますか。(あてはまる番号を全て選ぶ)



問 20 住民が自主的に体操教室などの介護予防に取り組もうとした場合、必要に応じて場所の提供や専門職の派遣などを行う考えはありますか。(ひとつ選ぶ)



## 4 登別市高齢者保健福祉計画及び介護保険事業計画検討会議

### (1) 登別市高齢者保健福祉計画及び介護保険事業計画検討会議設置要項

#### (設置の目的)

第1条 老人福祉法（昭和38年法律第133号）第20条の8第1項に規定する市町村老人福祉計画（以下「高齢者保健福祉計画」という。）及び介護保険法（平成9年法律第123号）第117条第1項に規定する市町村介護保険事業計画（以下「介護保険事業計画」という。）の策定にあたり、高齢者保健福祉及び介護保険に関わる者の意見を反映させるため、登別市高齢者保健福祉計画及び介護保険事業計画検討会議（以下「検討会議」という。）を設置する。

#### (所掌事項)

第2条 検討会議は高齢者保健福祉計画及び介護保険事業計画の策定に関し、市長に対し意見を述べるものとする。

#### (組織)

第3条 検討会議の委員は、10名以内をもって組織する。

2 検討会議の委員の任期は、令和3年3月31日までとする。

#### (委員長及び副委員長)

第4条 検討会議に、委員長及び副委員長を置くこととし、委員長及び副委員長は、登別市介護保険運営協議会の会長及び副会長がそれぞれ務めることとする。

2 委員長は、検討会議を代表し、会務を総理する。

3 副委員長は、委員長不在のとき、その職務を代理する。

#### (会議)

第5条 検討会議の会議（以下「会議」という。）は、必要に応じて委員長が招集し、会議の議長となる。

#### (事務局)

第6条 検討会議の事務を処理するため、事務局を保健福祉部高齢・介護グループに置く。

#### (その他)

第7条 この要領に定めるもののほか、検討会議の運営に関し必要な事項は、別に定める。

#### 附 則

この要領は、令和2年5月26日から施行する。

## (2) 登別市介護保険運営協議会規則

平成12年3月31日

(趣旨)

第1条 この規則は、登別市介護保険条例(平成12年条例第6号。以下「条例」という。)第17条の規定により、登別市介護保険運営協議会(以下「協議会」という。)に関し必要な事項を定めるものとする。

(委員)

第2条 条例第16条第2項の規定による委員の選出区分は、次のとおりとする。

- (1) 被保険者 3名以内
- (2) サービス提供事業者 3名以内
- (3) 保健・福祉・医療関係者 4名以内

(会長及び副会長)

第3条 協議会に会長及び副会長を置き、委員の互選により選出する。

- 2 会長は、協議会を代表し、会務を総理する。
- 3 副会長は、会長を補佐し、会長に事故あるときは、その職務を代理する。

(会議等)

第4条 協議会の会議は、会長が招集する。

- 2 協議会は、委員の半数以上が出席しなければ会議を開くことができない。
- 3 会長は、会議の議長となる。
- 4 協議会の議事は、出席した委員の過半数で決し、可否同数のときは、会長の決するところによる。

(専門部会)

第5条 本市が行う介護保険に関する被保険者等の苦情を公正かつ迅速に処理するため協議会に苦情処理専門部会(以下「専門部会」という。)を置く。

(組織及び会議)

第6条 専門部会の委員の定数は3名とする。

- 2 専門部会の委員は、会長が指名する。ただし、苦情の内容が専門部会の委員と利害関係があると認められる場合は、会長は当該委員にかえて別の委員を指名する。
- 3 専門部会に部会長を置き、委員の互選により決める。
- 4 専門部会の会議は、部会長が招集する。
- 5 専門部会は、専門部会の委員の半数以上が出席しなければ専門部会の会議を開くことができない。
- 6 部会長は、専門部会の会議の議長となる。

(所掌事項)

第7条 専門部会の所掌事項は、次のとおりとする。

- (1) 苦情の申立事項を審査すること。
- (2) 前号の審査に基づき必要があると認める場合は、是正又は改善の措置を講ずるよう、市長に申入れをすること。

(責務)

第8条 専門部会は、公正かつ適切にその職務を遂行しなければならない。

- 2 専門部会は、その職務の遂行に当たっては、市と連携を図るとともに、権利利益の救済等諸制度の趣旨を損なうことがないよう配慮しなければならない。
- 3 専門部会の委員は、職務上知り得た秘密を漏らしてはならない。その職を退いた後も同様とする。

(苦情等の申立人)

第9条 専門部会に対し、苦情を申し立てることができる者は、次の各号のいずれかに該当する者とする。

- (1) 本市が行う介護保険の被保険者(以下「対象者」という。)
- (2) 対象者の配偶者又は三親等以内の親族
- (3) 対象者と同居している者
- (4) 前3号によりがたい場合は、本人から委任を受けた者

(申立の手続)

第10条 苦情の申立てを行う者(以下「申立人」という。)は、次の各号に掲げる事項を記載した苦情申立書(別記様式第1号)を、専門部会に提出する。ただし、書面によることができない場合は、口頭により申立てをすることができる。

- (1) 氏名及び住所
- (2) 申立てをしようとする苦情等の内容
- (3) 前2号に掲げるもののほか、参考となる事項

(苦情申立ての対象事項)

第11条 専門部会に対する苦情申立ての対象事項については、次の各号のとおりとする。

- (1) 要介護認定に関する事項
- (2) 介護保険料の賦課徴収に関する事項
- (3) 介護サービスに関する事項(介護保険給付対象外サービスに関する事項を除く。)
- (4) 前3号に掲げるもののほか、介護保険に関する事項

(審査等)

第12条 専門部会は、申立人から第10条の苦情申立書の提出があったときは、速やかに審査をするものとする。

- 2 前項の規定にかかわらず、苦情の申立てが次の各号のいずれかに該当すると認めるときは、審査をすることができない。

- (1) 判決、裁決等により確定した権利関係に関する事項
- (2) 裁判所において係争中の事案及び行政庁において不服申立て審査請求の審理中の事案に関する事項
- (3) 専門部会の委員の行為に関する事項
- (4) 申立人の自己の利害にかかわらない事項
- (5) 虚偽その他正当な理由がない事項
- (6) 前各号に掲げる事項のほか、審査することが適当でない認められる事項(調査)

第13条 専門部会は、苦情の審査のため必要があると認めるときは、市に説明を求め、その保有する関係書類を閲覧し、又はその提出を求めることができる。

2 専門部会は、苦情の審査のため必要があると認めるときは、関係人又は関係機関に質問し、事情を聴取することについて協力を求めることができる。

(審査に係る通知)

第14条 専門部会は、審査の開始及び結果等に関し、申立人及び市長に次の各号により通知するものとする。

- (1) 苦情を審査する場合は、苦情審査開始通知書(別記様式第2号)により申立人及び市長に対し通知するものとする。
- (2) 苦情を審査しない場合は、理由を付して苦情不審査通知書(別記様式第3号)により申立人に通知するものとする。ただし、この通知をする前に申立人から申立てを取り下げる旨の申し出があった場合は、この通知は行わないものとする。
- (3) 苦情の審査を中止又は打ち切った場合は、理由を付して苦情審査(中止・打ち切り)通知書(別記様式第4号)により申立人及び市長に通知するものとする。
- (4) 苦情の審査結果について、苦情審査結果通知書(別記様式第5号)により申立人及び市長に通知するものとする。
- (5) 前各号の通知については、苦情の申立てを受理した日の翌日から起算して60日以内に行うものとする。ただし、この期間に通知ができない理由があるときは、苦情審査状況報告書(別記様式第6号)により申立人及び市長に通知するものとする。

(是正等の申入れ及び報告)

第15条 専門部会は、審査結果等に基づき、是正又は改善の措置を講ずる必要があると認めるときは、市長に対し是正等申し入れ書(別記様式第7号。以下「申し入れ書」という。)により報告を求めるものとする。

2 市長は、前項の申し入れ書を受理した日の翌日から起算して60日以内には正等の措置について、是正等結果報告書(別記様式第8号)により専門部会に報告するものとする。

3 専門部会は、第1項による報告を求めたとき、又は前項による報告を受けた場合は、その旨を申立人に速やかに通知しなければならない。

(活動状況の報告等)

第16条 専門部会は、その結果を協議会に報告するものとする。

2 専門部会は、毎年度ごとに、その活動状況に関する報告を取りまとめ、市長に提出するとともに、これを公表するものとする。

(庶務)

第17条 協議会及び専門部会の庶務は、保健福祉部高齢・介護グループにおいて処理する。

(その他)

第18条 この規則に定めるもののほか、協議会及び専門部会の運営に関し必要な事項は、会長が別に定める。

### (3) 登別市高齢者保健福祉計画及び介護保険事業計画検討会議委員名簿

(敬称略)

所属団体名等	委員氏名
公益社団法人 室蘭市医師会	千葉 泰 二
一般社団法人 室蘭歯科医師会	深瀬 秀 郷
一般社団法人 北海道薬剤師会室蘭支部	千葉 早 苗
社会福祉法人 登別市社会福祉協議会	藤江 紀 彦
医療法人社団千寿会 介護老人保健施設グリーンコート三愛	菊地 芳 一
医療法人社団倭会 グループホームしづく	大友 義 弘
独立行政法人地域医療機能推進機構登別病院 附属居宅介護支援センター	猪股 博 規
登別市老人クラブ連合会	清水 唯 晴
公募委員	川田 弘 教
公募委員	山木 恵 子

## 5 登別市地域包括支援センター一覧

2021年（令和3年）1月1日現在

地域包括支援センター名	所在地	電話番号	圏域名	対象となる町
あおい（愛桜）	登別東町3丁目 1番地2	83-0511	登別東部	カルルス町、上登別町、登別温泉町、 中登別町、登別東町、登別本町、 登別港町、札内町、富浦町、新栄町、 幸町、千歳町、幌別町、来馬町、 常盤町、中央町
ゆのか	片倉町6丁目 9番地1	88-2106	登別中部	柏木町、富士町、片倉町、新川町、 鉢山町、桜木町、川上町、青葉町、 緑町、大和町、若山町、富岸町
「けいあい」	鷺別町2丁目 32番地1	82-5005	登別西部	新生町、栄町、若草町、鷺別町、 美園町、上鷺別町

## 6 施設一覧

※2021年（令和3年）1月1日現在

### （1）介護老人福祉施設

施設名	所在地	電話番号	定員
特別養護老人ホーム緑風園	中登別町253番地7	0143-84-3033	100
特別養護老人ホームわかくさ	若草町2丁目11番地1	0143-86-0111	100

### （2）介護老人保健施設

施設名	所在地	電話番号	定員
グリーンコート三愛	中登別町24番地113	0143-83-0111	100

### （3）地域密着型介護老人福祉施設

施設名	所在地	電話番号	定員
緑風園サテライト型特別養護老人ホーム ニナルカの里	千歳町2丁目11番地10	0143-84-1612	29

## (4) 認知症対応型共同生活介護

施設名	所在地	電話番号	定員
グループホームアウル登別館	若山町3丁目8番地45	0143-88-3335	18
グループホームプラタナス三愛	中登別町141番地1	0143-83-3101	18
グループホームあいあい	美園町4丁目23番地9	0143-82-6600	18
グループホームしづく	柏木町4丁目24番地9	0143-81-6160	18
グループホームアンデルセンの丘	富岸町1丁目7番地8	0143-88-2122	9
グループホームみずばしょう	登別東町4丁目48番地1	0143-83-5728	18
グループホームきずな	新生町3丁目21番地8	0143-87-1122	18

## (5) 特定施設入居者生活介護

施設名	所在地	電話番号	定員
介護付有料老人ホームセ・ジュネス	常盤町3丁目1番地9	0143-88-3051	52
ケアハウスアンデルセンの丘	富岸町1丁目7番地8	0143-88-2272	50
養護老人ホームチボリの森	富岸町1丁目7番地8	0143-85-5043	70
サービス付き高齢者向け住宅サポートハウスみどりの樹	緑町1丁目1番地6	0143-81-7272	30

## (6) 有料老人ホーム

施設名	所在地	電話番号	定員
介護付有料老人ホームセ・ジュネス	常盤町3丁目1番地9	0143-88-3051	52
住宅型有料老人ホームくらしさ登別	登別東町3丁目21番地4	0143-80-1701	21

## (7) サービス付き高齢者向け住宅

施設名	所在地	電話番号	定員
サービス付き高齢者向け住宅サポートハウスみどりの樹	緑町1丁目1番地6	0143-81-7272	30
サービス付き高齢者向け住宅チエロ登別	柏木町4丁目33番地9	0143-83-7714	27

## (8) 老人福祉センター

施設名	所在地	電話番号
老人福祉センター	富士町7丁目11番地1	0143-88-1303

## 7 用語解説

### あ行

---

#### アウトリーチ

英語で手を伸ばすこと。ここでは、医療や介護などのサービスが必要な人を必要な資源やサービスにつなぐことをいいます。

#### アセスメント

対象を客観的に調査、評価することをいい、利用者やその家族がどのような支援やサービスを必要としているのかを整理することをいいます。

#### インフォーマルサービス

公的機関や専門職による制度に基づくサービスや支援以外のサービスで、近隣住民や友人、民生委員・児童委員、ボランティアなどから受ける支援のことをいいます。

#### 横断会議

本市の行政事業を行う際に、複数の部署との協議や協力を必要とし、全庁的な情報共有や視点からの確認が必要な業務を組織により処理するために行う会議をいいます。

### か行

---

#### 介護給付費

要介護（要支援）認定者が介護保険サービスを受けたとき、保険者（市町村）が支給する費用をいい、サービス費用の7割、8割又は9割に相当する額となります。

#### 介護報酬

介護サービス事業者が利用者にサービスを提供した場合に、その対価として支払われる報酬をいいます。

#### 介護保険施設

介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院、介護療養型医療施設をいいます。

### 介護予防支援（介護予防ケアマネジメント）

要支援者が介護予防サービス等を適切に利用できるよう、心身の状況、おかれている環境、要支援者の希望等を勘案し、介護予防サービス計画を作成するとともに、サービス事業者等と連絡・調整を行うことをいいます。

### 回復期

生命の危機状態から脱出し病状が安定した状態に向かっている時期のことをいい、回復能力が高いこの時期に集中的に行うリハビリテーションを回復期リハビリテーションといいます。

### きずな安心キット（きずなづくり台帳）

日頃から見守りや声かけが必要な世帯を対象に配付しています、きずなづくり台帳やステッカーなどのセットです。

きずなづくり台帳は、かかりつけ医療機関や、緊急連絡先などを記載し保管しておくことにより、緊急時のスムーズな対応を可能とするものです。

### 基本チェックリスト

相談窓口において、必ずしも認定を受けなくても、必要なサービスが利用できるよう、本人の状況を確認するツールとして用いるものです。

また、介護予防ケアマネジメントの実施にあたっては、基本チェックリストの内容を、利用者本人や家族との面接によるアセスメントによって更に深め、利用者の状況や希望等も踏まえて、自立支援に向けたケアプランを作成してサービス利用につなげていくこととなります。

### 急性期

症状が急に現れる時期、病気のなり始めの時期をいい、症状に合わせた検査や治療が行われます。この時期に治療と並行して行われるリハビリテーションを急性期リハビリテーションといいます。

### 居宅介護支援

居宅の要介護者が居宅サービス等を適切に利用できるよう、心身の状況、置かれている環境、要介護者の希望等を勘案し、居宅サービス計画を作成するとともに、サービス事業者等との連絡調整を行い、介護保険施設等への入所を要する場合は、当該施設等への紹介を行うことをいいます。

## 居宅（介護予防）サービス

介護保険サービスの類型であり、訪問介護や通所介護など、在宅の要介護（要支援）認定者に対するサービスをいいます。

なお、要介護者に対するサービスを「居宅サービス」、要支援者に対するサービスを「介護予防サービス」といいます。

## 居宅療養管理指導

病院や診療所または薬局の医師、歯科医師、薬剤師などによって提供される、療養上の管理及び指導などをいいます。

## ケアプラン

介護サービスなどの利用について方針や内容などを定めた計画をいいます。

## ケアマネジメント

高齢者やその家族の課題やニーズについて、生活の目標を明らかにして、課題解決を図る過程をいいます。

## ケアマネジャー（介護支援専門員）

要介護（要支援）認定者などからの相談に応じ、適切なサービスを受けることができるよう計画（ケアプラン）を立て、市や介護サービス事業者などと連絡調整を行う人をいいます。

## 軽度認知障害（MCI）

健常者と認知症の中間に位置する状態であり、認知機能の低下が見られるものの日常生活に支障のない状態をいいます。

## 軽費老人ホーム（ケアハウス）

老人福祉法に基づく老人福祉施設の種類。身体機能の低下等により日常生活を営むことについて不安があると認められる方であって、家族による援助を受けることが困難な方が、無料または低額な料金で利用できる施設です。

## 健康教育

医師、歯科医師、保健師、栄養士等を講師とし、健康に関する正しい知識の普及をするもので生活習慣病予防や健康増進を目的に行います。

### 健康相談

心身の健康についての個別の相談に応じて必要な指導や助言を行うもので、健康に関する全般的な事項についての総合健康相談と生活習慣病の予防・改善を目的とした重点健康相談があります。

### 権利擁護事業

自己の権利や援助のニーズを表明することの困難な高齢者等に代わって、援助者が代理として、その権利やニーズ獲得を行う事業をいいます。

### 高齢者

65歳以上の方をいいます。(ただし、本計画書には、64歳未満の方を対象とする施策も含まれています。)

### 後期高齢者

高齢者の年齢による区分の名称で、75歳以上の方をいいます。一方、65歳以上75歳未満の方を前期高齢者といいます。

### 後期高齢者医療

75歳以上の方と65歳から74歳で一定の障がいのある方を対象とした医療制度です。

### 高齢化率

総人口に占める65歳以上の人口の割合をいいます。

### 高齢化社会・高齢社会・少子高齢化

高齢者の人口比率(=高齢化率)が7%以上14%未満で高齢化しつつある社会を高齢化社会といいます。

また、高齢者の人口比率が14%以上の高い水準に達している社会を高齢社会といいます。

少子高齢化とは、出生率の低下により子どもの数が減ると同時に、平均寿命の伸びが原因で、人口全体に占める子どもの割合が減り、高齢者の割合が高まることをいいます。

## 高齢者虐待

高齢者に対して家族を含む他者から行われる人権侵害の行為をいいます。

「高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律」（高齢者虐待防止法）に定義されている虐待として、①身体的虐待（傷害や拘束）、②心理的虐待（脅迫や言葉の暴力）、③経済的虐待（搾取や横領など）、④性的虐待、⑤介護・世話の放棄・放任（ネグレクト）があります。

## さ行

---

### サービス付き高齢者向け住宅

介護・医療と連携して、安否確認など的高齢者の安心や生活を支えるサービスを提供するバリアフリー構造の住宅をいいます。2011年（平成23年）の「高齢者の居住の安定確保に関する法律」（高齢者住まい法）改正により、従来の「高齢者円滑入居賃貸住宅」「高齢者専用賃貸住宅」「高齢者向け優良賃貸住宅」を一本化したものです。

### 在宅医療

訪問診療や訪問看護等を活用し、在宅で行われる医療のことをいいます。

### サロンサポーター

ふれあい・いきいきサロンを通して、地域で生活している高齢者等が要介護状態になる前から介護予防等の視点をもって関わり、地域の要介護者の早期発見・早期予防に取り組む支援者をいいます。

### 事業対象者

要介護認定までは至らないが生活機能の低下が見られ、基本チェックリスト等により介護予防・生活支援サービスの該当となった方のことをいいます。

### 自主防災組織

「自分たちの地域は自分たちで守る」という共助の取組として地域（学区（地区）や自治会など）の人たちが自発的に初期消火、救出・救護、避難、給水、炊出しなどの防災活動を行う組織（団体）をいいます。

## 自助、互助、共助、公助

### ・自助（個人）

市場サービスを自ら購入したり、介護予防活動に取り組むほか、定期的な検診・受診など、自発的に自身の生活課題を解決するために行動することをいいます。

### ・互助（近隣）

地域住民が主体となって、生活支援・見守り活動・ボランティアなどを通じて、お互いに助け合い、支え合う仕組みをいいます。

### ・共助（保険）

制度化された相互扶助のことで、医療、年金、介護保険、社会保障制度など被保険者による相互の負担で成り立ちます。

### ・公助（行政）

自助・互助・共助では対応出来ない生活課題を公的なサービスで補うことをいいます。

## 施設サービス

介護保険サービスの類型であり、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院又は介護療養型医療施設に入所して受けるサービスをいいます。

## 施設・居住系サービス

介護保険サービスのうち、利用者が施設などに入所・入居して受けるサービス（認知症対応型共同生活介護や介護老人福祉施設など）をいいます。

## 住民主体の通いの場

地域の住民団体が主体となり、日常的に集まることができる場のことをいい、介護予防に資する運動や交流、趣味活動等さまざまな活動を行います。

## 小地域ネットワーク活動

町内会単位の小地域において、近隣住民を中心とし、高齢や障がいなどによって支援を必要とする方々への地域の見守り・支え合い活動をいいます。主な活動として、見守りや地域住民が楽しくふれあうことができる交流事業などを行います。

## 食生活改善推進員

健康づくりの一つの柱である「食生活」を地域に普及・推進するボランティアをいいます。

## 市民後見人

認知症や知的障がいなどで判断能力が十分ではない方で親族がいない場合に、同じ地域に住む市民が、家庭裁判所から選任され、本人に代わって財産の管理や介護契約などの法律行為を行う方をいいます。

## シルバー人材センター

おおむね60歳以上の方が働くことを通じて生きがいをもてるよう、また、地域社会の日常生活に密着した臨時的、短期的な仕事を確保し、これらを提供することにより高齢者の就労機会の拡大を図るとともに活力ある地域社会づくりに貢献することを目的とした団体をいいます。

## 生活期

病状から回復し、入院での治療を終了して、自宅や施設等で体調の維持を図るためのリハビリテーションを行う時期をいいます。

## 生活困窮者自立支援法

経済的に困窮し、最低限度の生活を維持できなくなるおそれのある人（生活困窮者）の自立促進を目的とし、生活困窮者自立相談支援事業の実施等、生活困窮者の自立支援に関する措置について定めた法律です。2015年（平成27年）4月施行。

## 生活支援ニーズ

日常生活を送るために必要な支援ニーズのことで、「できない」までではないが、「代わってもらえるのなら助かる」というような、「あると助かる」ニーズのことをいいます。

## 生活習慣病

心臓病・高血圧症・糖尿病・がん・脂質異常症など、不適切な食事、運動不足、喫煙、飲酒などの生活習慣に起因すると考えられる病気をいいます。

## 成年後見支援センター

高齢者や障がいのある方などのさまざまな権利を守るため、住み慣れた地域で安心して生活できるよう、成年後見制度の利用等の助言、支援を行う機関です。

## 成年後見制度

認知症、知的障がい、精神障がいなどの理由で物事を判断する能力が不十分な人が不利益を被らないよう、擁護者を選び法律に基づいて保護や支援することを目的とした

制度をいいます。

#### 世界アルツハイマーデー及び月間

「国際アルツハイマー病協会（ADI）」と「世界保健機構（WHO）」が共同で1994年に毎年9月21日を世界アルツハイマーデー、9月を世界アルツハイマー月間と制定し、この日を中心に認知症の啓蒙を推進しています。

---

### た行

#### ダブルケア

子育てと親や親族の介護が同時期に発生する状態のことをいいます。

#### 短期入所生活介護（ショートステイ）

特別養護老人ホームなどの施設で短期間、生活してもらい、その施設で行われる、入浴、排泄、食事などの介護、そのほかの日常生活を送るうえで必要となるサービス及び機能訓練をいいます。

#### 短期入所療養介護（ショートステイ）

介護老人保健施設などの施設で短期間、生活してもらい、その施設で行われる、看護、医学的な管理の必要となる介護や機能訓練、そのほかに必要となる医療、日常生活上のサービスをいいます。

#### 団塊の世代

戦後の主に1947年（昭和22年）～1949年（昭和24年）生まれの世代のことで、この世代の出生数・出生率は前後のどの世代よりも高くなっています。

#### 団塊ジュニア世代

1971年（昭和46年）～1974年（昭和49年）生まれの第2次ベビーブーム世代のことをいいます。

#### 地域ケア会議

専門多職種の協働のもと、高齢者の自立支援に資するケアマネジメントを地域全体に普及することにより、地域で高齢者を支えるネットワークを強化するとともに、高齢者の自立を支援するための具体的な地域課題やニーズを行政施策や社会基盤整備につなげる手法をいいます。

#### 地域支え合い推進員（生活支援コーディネーター）

高齢者の生活支援等サービスの体制整備を推進していくことを目的に、地域において主に資源開発やネットワークを構築するために調整し、とりまとめる役割を果たす人をいいます。

#### 地域支援事業

地域住民ができるだけ要介護・要支援とならないように、また、要介護・要支援となっても住み慣れた地域で安心して暮らし続けられるように、市町村が主体となって支援する事業のことをいいます。

#### 地域包括ケアシステム

高齢者が住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けられるよう、医療・介護・福祉・保健などの専門職から地域住民一人ひとりまで様々な人たちが力を合わせて、住まい、医療、介護、介護予防、生活支援が一体的に切れ目なく提供される仕組みをいいます。

団塊の世代が75歳以上の後期高齢者となる2025年以降は、超高齢社会となり、医療や介護の需要がさらに増加することが見込まれています。高齢者が住み慣れた地域で暮らし続けられるようにするためには、地域包括ケアシステムの構築が求められます。

#### 地域包括支援センター

高齢者の生活を総合的に支えていくことを目的に、平成18年度から設置された拠点で、保健師、社会福祉士、主任介護支援専門員等が中心となって、「介護予防ケアマネジメント」「権利擁護事業」「総合相談支援事業」「包括的・継続的ケアマネジメント事業」などを行うものです。

本市には、日常生活圏域ごとに、あおい（愛桜）、ゆのか、「けいあい」の3つの地域包括支援センターがあります。

#### 地域見守りネットワーク

閉じこもりがちな一人暮らし高齢者や虚弱な高齢者を地域や関係機関とで協力し合い、地域全体で見守ることで、住み慣れた地域で安心して暮らし続けられるよう支援していくつながりの仕組みのことをいいます。

### 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護

地域密着型介護老人福祉施設（入所定員が29人以下の特別養護老人ホーム）に入所している利用者を対象として、その施設が提供するサービスの内容やこれを担当する職員などを定めた計画（地域密着型施設サービス計画）に基づいて行われる入浴、排泄、食事などの介護、そのほかの日常生活を送るうえで必要となるサービスなどや機能訓練、療養上のサービスをいいます。

### 地域密着型サービス

要介護状態となっても、できる限り住み慣れた地域で生活が継続できるように支援するサービスの体系です。地域密着型サービスは、原則として、住んでいる市町村内の住民が利用できるサービスです。

- ・ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護
- ・ 夜間対応型訪問介護
- ・ 地域密着型通所介護
- ・ 認知症対応型通所介護
- ・ 小規模多機能型居宅介護
- ・ 認知症対応型共同生活介護
- ・ 地域密着型特定施設入居者生活介護
- ・ 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護
- ・ 看護小規模多機能型居宅介護（複合型サービス）

### 地域密着型通所介護

老人デイサービスセンターなどで提供される、入浴、排泄、食事などの介護、そのほかの日常生活を送るうえで必要となるサービス及び機能訓練をいいます（ただし、利用定員が19名未満のものに限り、認知症対応型通所介護に当たるものを除きます）。利用者は老人デイサービスセンターなどを訪れてこれらのサービスを受けます。

### チームオレンジ

認知症サポーターが認知症についての正しい知識を得て自主的に活動してきたことをさらに一歩進め、認知症の人やその家族の困りごとの支援ニーズと認知症サポーターを結びつけるための取組とその活動の拠点をいいます。

## 通所介護

老人デイサービスセンターなどで提供される、入浴、排泄、食事などの介護、そのほかの日常生活を送るうえで必要となるサービス及び機能訓練をいいます（ただし、利用定員が19人以上のものに限り、認知症対応型通所介護に当たるものを除きます）。利用者は老人デイサービスセンターなどを訪れてこれらのサービスを受けます。

## 通所リハビリテーション

介護老人保健施設、病院や診療所で提供される、利用者の心身機能の維持回復、日常生活の自立を助けることを目的とする、リハビリテーションをいいます。利用者は介護老人保健施設などを訪れてこれらのサービスを受けます。

ただし、主治医が、利用者の症状が安定しており、サービスの利用が必要だと認めた場合に限りです。

## ときめき大学

年齢・性別に関係なく学ぶことのできる教養講座をいいます。基礎コース講座と連携コース講座で構成されており、自分の興味のある講座を受講することができます。卒業という制度はなく、生涯を通して学び続けることができます。

---

## な行

### 日常生活圏域

市町村が、その住民が日常生活を営んでいる地域として、地理的条件、人口、交通事情その他社会的条件、介護施設等の整備の状況その他の条件を総合的に勘案して定める区域のことをいいます。

### 認知症カフェ

認知症の人と家族、地域住民、専門職などの誰もが参加でき、集うことができる場をいいます。

### 認知症ケアパス

本市では、「認知症あんしんガイドブック」として、認知症の進行状況に応じた相談機関、治療機関、介護や生活支援に関する社会資源などを紹介し、認知症の予防や早期発見、早期支援に役立てるために作成しています。

#### 認知症サポーター

「認知症サポーター養成講座」を受講し、認知症について正しく理解し、認知症の人やその家族を見守り、支援する人です。

#### 認知症サポーターステップアップ講座

認知症サポーターが認知症サポーター養成講座で身に着けた知識をさらに深め、認知症の方やその家族の支援について、より実践的に学ぶ講座です。

#### 認知症サポーター養成講座

地域住民、職域、学校、広域の団体・企業の従事者などを対象に、認知症の症状、診断・治療、認知症の人と接するときの心がまえなどを講義する講座です。認知症について正しく理解し、認知症の人やその家族を見守り、支援する認知症サポーターを養成します。

#### 認知症初期集中支援チーム

認知症サポート医と看護師、社会福祉士等とでチームを作り、主に看護師と社会福祉士が認知症の人（疑いのある人）とその家族を訪問し、認知症に関する情報提供や医療機関の受診、介護保険サービスなどの利用につなげるなどの支援を包括的・集中的（おおむね6か月）に行い、自立生活のサポートするチームをいいます。

#### 認知症疾患医療センター

都道府県および指定都市が指定する認知症専門の医療機関をいい、本市には2つの認知症疾患医療センターがあります。

#### 認知症対応型通所介護

認知症にある人が、老人デイサービスセンターなどを訪れて利用する、入浴、排泄、食事などの介護、そのほかの日常生活を送るうえで必要となるサービスなどや機能訓練をいいます。

#### 認知症地域支援推進員

認知症の人ができる限り住み慣れた良い環境で暮らし続けることができるよう、認知症施策や事業の企画調整等を行います。

## 登別市地域福祉計画

社会福祉法に基づき、地域住民や団体などとの協働による地域福祉の積極的な推進のための施策について、「温もりある福祉のまち のぼりべつ」を基本理念とし定めた計画です。

## は行

---

### はいかい高齢者等SOSネットワーク

はいかいの心配がある高齢者等のご家族の精神的負担を軽減するため、市に事前に登録申請し、警察と情報共有しておくことで、行方不明になった場合に警察からの通報を受け、民生委員・児童委員や協定を結んでいる事業者等の協力を仰ぎ、はいかい高齢者の早期発見、早期保護を目的とした仕組みのことをいいます。

### ハイリスクアプローチ

健康障害を引き起こすリスクのうち、特にリスクが高い個人に対して、そのリスクを下げるように働きかけることをいいます。

### パブリックコメント制度

市の基本的な政策、条例等の策定に当たり、その案並びに案の趣旨及び内容等を公表して広く意見を求め、提出された意見を考慮して意思決定を行うとともに、意見の概要及び意見に対する市の考え方を公表する一連の手続をいいます。

### バリアフリー

高齢者、障害者等が社会生活をしていく上で障壁（バリア）となるものを取り除くことをいいます。

### 避難行動要支援者

災害が発生し、又は災害が発生するおそれがある場合に自ら避難することが困難な人で、円滑かつ迅速な避難の確保を図るため特に支援を要する人をいいます。

### 福祉用具貸与

利用者の心身の状況、希望及びその環境をふまえたうえで、適切な福祉用具を選定するための援助、その取付けや調整などを行い、（１）車いす、（２）車いす付属品、（３）特殊寝台、（４）特殊寝台付属品、（５）床ずれ予防用具、（６）体位変換器、（７）手すり、（８）スロープ、（９）歩行器、（１０）歩行補助つえ、（１１）認知症

老人徘徊感知機器、(12) 移動用リフト(つり具の部分を除く)、(13) 自動排泄処理装置の福祉用具を貸与することをいいます。

#### ふれあい・いきいきサロン

高齢者を中心に、誰でも自由に参加でき、地域住民同士が気軽に集まり、生きがいづくりや仲間づくり、介護予防などを行う地域の居場所です。

#### フレイル

日本老年医学会が2014年に提唱した概念で「frailty(虚弱)」の日本語訳。健康な状態と要介護状態の中間に位置し、身体的機能、認知機能、社会的機能の低下が見られる状態を指しますが、適切な予防や治療を行うことで健康な状態に戻すことができます。

#### 訪問介護

介護福祉士や訪問介護員によって提供される入浴、排泄、食事等の介護、そのほかの日常生活を送るうえで必要となるサービスをいいます。

#### 訪問看護

看護師、准看護師、保健師、理学療法士及び作業療法士が居宅を訪問して行う療養に関わる世話、または必要な診療の補助を行うサービスをいいます。

#### 訪問看護ステーション

自宅で療養する人に対して、訪問看護を行う目的で運営される事業所をいいます。看護師や理学療法士等が所属し、医師や関係機関と連携して在宅ケアを行っています。

#### 訪問入浴介護

居宅を訪問し、持参した浴槽によって行われる入浴の介護をいいます。

#### 訪問リハビリテーション

理学療法士、作業療法士、言語聴覚士という専門職が、居宅を訪問して行われる、心身の機能の維持回復、日常生活の自立を助けることを目的とするリハビリテーションをいいます。

ただし、主治医が利用者の症状が安定しており、サービスの利用が必要だと認めた場合に限りま

### ポピュレーションアプローチ

広い対象集団に少しずつ健康リスクを軽減させるように働きかけることで、集団全体を良い状態に導くことをいいます。

### ボランティアコーディネーター

市民のボランティア活動を支援し、その実際の活動においてボランティアならではの力が発揮できるよう市民と市民または組織を繋いだり、組織内の調整を行います。

---

## ま行

### 民生委員・児童委員

民生委員法に基づき厚生労働大臣から委嘱される民間の奉仕者です。児童福祉法に基づく児童委員を兼ねます。地域福祉の向上のため、援助を必要とする人の生活状況の把握、相談・助言、情報提供や援助活動、市町村や社会福祉協議会への協力などを行います。

---

## や行

### 有料老人ホーム

高齢者が民間事業者と契約して入居し、食事など日常生活に必要なサービスを受ける施設です。①介護付き（介護等が必要となっても、有料老人ホームが提供する介護保険の特定施設入所者生活介護を利用しながら、有料老人ホームでの生活を継続することが可能）、②住宅型（介護が必要となった場合、入居者自身の選択により、介護保険の訪問介護など外部からのサービスを利用しながら、有料老人ホームでの生活を継続することが可能）、③健康型（介護が必要となったら退去する）の3種類があります。

### 要介護者

次のいずれかに該当する方をいいます。

- 1 要介護状態にある65歳以上の方
- 2 要介護状態にある40歳以上65歳未満の方であって、その要介護状態の原因である身体上または精神上の障がい加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病であって政令で定めるもの（特定疾病）によって生じたものであるもの

### 要支援者

次のいずれかに該当する方をいいます。

- 1 要支援状態にある65歳以上の方
- 2 要支援状態にある40歳以上65歳未満の方であって、その要支援状態の原因である身体上または精神上の障がいがある特定疾病によって生じたものであるもの

### 要介護（支援）認定

介護保険によるサービスを希望する被保険者に対し、介護が必要であるかどうか、どの程度必要であるかを判定するものです。

### 養護老人ホーム

老人福祉法に基づく老人福祉施設の種類です。高齢者で、環境上の理由及び経済的理由により自宅において生活することが困難な人が、市町村の措置により入所する施設です。

---

## ら行

### リハビリテーション

単に機能訓練を指すものではなく、加齢や障がい等により低下した心身機能を医学的、社会的、職業的等の様々な手段により最大限に向上させ、もとの日常生活を取り戻すために行われる過程をいいます。

### 老人クラブ

おおむね60歳以上の方が、仲間づくりや地域奉仕活動等のために集まり運営している自主的な組織をいいます。

### 老人福祉センター

老人福祉法に基づく老人福祉施設の種類。高齢者の各種相談に応じるとともに、健康の増進、教養の向上、及びレクリエーション等を行う施設です。

## アルファベット順

---

### A D L（日常生活動作）

日常生活を営む上で普通に行っている行為、行動をいいます。具体的には、食事や排泄、移動、入浴等の基本的な行動です。

### B M I（体重・体格指数）

「 $\text{体重} \div \text{身長}^2$ 」で算出される指標のことをいいます。

### I A D L（手段的日常生活動作）

日常生活を送る上で必要な動作のうち、A D Lより複雑で高次の動作をいいます。例えば、買い物や洗濯、掃除等の家事全般や、金銭管理、服薬管理、外出して乗り物に乗ること等です。

### N P O

民間非営利組織「ノンプロフィット・オーガニゼーション（nonprofit organization）」の略称で、様々な社会貢献活動を行い、団体の構成員に対し、収益を分配することを目的としない団体の総称です。

一定の要件満たし、国や県の認証を受けて法人格を取得し活動している「特定非営利活動法人（N P O法人）」もあります。

### P D C Aサイクル

計画（Plan）→実行（Do）→評価（Check）→改善（Act）の4段階を繰り返すことによって、業務を継続的に改善する手法のことをいいます。

### Q O L

「クオリティ・オブ・ライフ（quality of life）」の略。快適な生活の必要条件であり、人が日常生活を営むうえで必要とされる満足感、幸福感、安定感などの様々な要因の質のことをいいます。

### 8 0 5 0問題

2010年代以降の日本に存在する長期化した引きこもりに関する社会問題であり、引きこもりが長期化することで親も高齢となり、収入や介護等に関して問題が発生するようになること。80代の親と50代の子の親子関係の問題として多いことから名付けられました。

第8期  
登別市高齢者保健福祉計画  
及 び  
介護保険事業計画

令和3年3月発行

発行 登別市

編集 登別市保健福祉部

〒059-8701

登別市中央町6丁目11番地

TEL (0143) 85-2111 (代表)

FAX (0143) 85-1108